

**Identiteettipolitiikka ja identiteettineuvottelu
suomalaisissa masennuskertomuksissa**

Elina Kallasaari
Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö
Sosiaalipsykologian pro gradu -tutkielma
Lokakuu 2011

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

ELINA KALLASAARI: Identiteettipolitiikka ja identiteettineuvottelu suomalaisissa masennuskertomuksissa.

Pro gradu -tutkielma, 93 s.

Sosiaalipsykologia

Lokakuu 2011

Tämän tutkimuksen tavoitteena on ollut tarkastella suomalaisten kirjoittamia omaelämäkerrallisia masennuskertomuksia ja niissä ilmenevää identiteettineuvottelua ja identiteettipolitiikkaa. Tutkimuskysymykset koskevat sitä, keiden ääniä kertomuksissa esiintyy ja miten identiteetistä niissä neuvotellaan. Tutkimuksen teoreettiseksi tarkastelupohjaksi olen ottanut masennuskäsityksiä ja ehdotettuja masennuksen hoitomuotoja eri tiedeperinteistä. Tarkastelussa ja vertailussa ovat psykiatriset, kognitiivisen psykologian mukaiset ja psykoanalyttiset lähestymistavat masennukseen. Lisäksi tutkimuksessa on esitelty antipsykiatrista ja medikalisaatiovastaista kritiikkiä, jota eri tieteenaloilla on esitetty. Tutkimuksessa käydään läpi myös sosiaalitieteellistä masennustutkimusta ja identiteetin tutkimuksen lähtökohtia sekä esitellään identiteettipolitiikan ja identiteettineuvottelun käsitteet.

Tutkimuksen aineistona on käytetty 2009 julkaistua kirjaa Sairauteni nimi on masennus, johon on kerätty 19 suomalaisten kirjoittamaa masennuskertomusta. Tutkimus on aineistolähtöinen ja analyysimenetelmänä on käytetty aineiston fenomenologista kuvailua, jossa on hyödynnetty näkökulmia sekä kertomuksen tutkimuksesta, diskurssianalyysistä että sisällönanalyysistä. Aineistoa on järjestetty kategorioihin sen mukaan, millaisia teemoja, ääniä ja lausumia kertomuksissa esiintyy.

Tutkimuksen oleellisimpia tuloksia ovat ne monet eri tavat, joilla identiteetistä sekä masennuksen merkityksistä ja oikeutuksista kertomuksissa neuvotellaan. Etenkin psykiatrisen ja psykoanalyttisen kielen läpitunkevuus tavoissa, joilla kertojat mieltävät itseään ja omaa tilaansa nousi esiin voimakkaasti. Antipsykiatrista vastapuhetta ei kertomuksista sellaisenaan löytynyt. Näkyvää neuvottelua esiintyi kuitenkin masennuksen ilmiönä kantamasta stigmasta, erityisesti työn ja työkyvyttömyyden teemoista, sekä masentuneiden omasta toimijuudesta suhteessa tarjottaviin hoitomuotoihin kuten esimerkiksi lääkitykseen. Syntyi kuva eräänlaisesta ”hyvästä identiteetistä” joka masentuneen tulisi omaksua ja jota kohti pyrkiä. Tärkeimpänä tutkimustuloksena pidän huomiota siitä, että kieli on erottamaton osa ajattelua ja asenteita jotakin ilmiötä kohtaan. Kieli vaikuttaa huomaamattomastikin siihen, miten masennukseen yksityisesti ja yhteiskunnallisesti suhtaudutaan. Ei ole merkityksetöntä, millä tavalla masennuksesta puhutaan, sillä kaikki määrittelyt pitävät sisällään laajempia merkityksiä ja sosiaalisia todellisuuksia, jotka eivät koskaan ole ongelmattomia tai varsinkaan neutraaleja. Sosiaalipsykologian viitekehysessä nämä ovat osa suurempaa keskustelua diskursiivisesta vallankäytöstä.

Avainsanat: Masennus, identiteetti, identiteettipolitiikka, identiteettineuvottelu, medikalisaatio, psykiatria, psykoanalyysi, kognitiivinen psykologia

SISÄLLYSLUETTELO

1 Johdanto	1
2 Tutkimuksen taustaa.....	3
2.1 Tutkimuskysymys	3
2.2 Aiempaa tutkimusta Suomessa.....	3
3 Masennuksen tieteellistä määrittelyä	5
3.1 Masennus lääketieteessä	5
3.1.1 Diagnostiset kriteerit ja masennuksen kulku	5
3.1.2 Lääketieteellistä syiden määrittelyä	8
3.1.3 Masennuksen lääketieteellinen hoito	9
3.2 Masennus kognitiivisessa psykologiassa	10
3.2.1 Kognitiivisen mallin mukaisia määrittelytapoja	10
3.2.2 Kognitiivista syiden määrittelyä	12
3.2.3 Masennuksen kognitiivinen hoito	13
3.3 Masennuksen psykoanalyysia	13
3.3.1 Freudin viettiteoria	14
3.3.2 Suru ja melankolia	16
3.3.3 Psykoanalyttinen hoito.....	18
4 Antipsykiatrinen kritiikki	19
4.1 Medikalisaatio ja psykokulttuuri.....	19
4.2 Lääketieteellinen vallankäyttö	22
4.3 Psykelääkkeiden kritiikkiä	24
5 Sosiaalitieteellistä masennuskeskustelua	26
6 Identiteetin tutkimus	29
6.1 Identiteettipolitiikka	30
6.2 Identiteettineuvottelu	32
7 Tutkimuksen metodologia ja toteutus	35
7.1 Bahtin ja kertomusten äänet.....	35
7.2 Menetelmät ja analyysiprosessin kuvaus	38
8 Aineiston kuvailu	39
9 Aineiston teemoja.....	42
9.1 Psykiatrian ääniä: sairauspuhe	42
9.1.1 Sairaus ja paraneminen	43
9.1.2 Taannehtivat diagnoosit	45
9.1.3 Uusiutuva masennus	49
9.1.4 Masennus ja somaattiset sairaudet	50
9.2 Psykoanalyysin ääniä: viha	51
9.3 Neuvottelua masennuksesta	54
9.3.1 Syitä ja selityksiä	54
9.3.2 Masennuksen oikeutus	57
9.3.3 Masennus ”kasvattajana”	62
9.4 Stigma: häpeä ja syyllisyys	63
9.4.1 Hulluus	64
9.4.2 Työkyvyttömyys.....	69
9.5 Neuvottelua hoidosta ja toimijuudesta.....	73
9.5.1 Lääkitys.....	73
9.5.2 Asiantuntijoiden kompetenssi	75
10 Johtopäätöksiä.....	78
11 Pohdintaa.....	83
11.1 Lopuksi.....	86
Lähdeluettelo.....	88

1 Johdanto

”Masennus on vakava suomalainen kansansairaus” alkaa lähes jokainen masennusta käsittelevä teksti niin tieteessä kuin aikakauslehdissäkin. Yleensä perässä seuraa vielä jonkinlainen arvio masennuksen yleisyyslukemista ja reflektio siitä, millaisia seurauksia ilmiön yleisyydellä on yhteiskunnallisesti. Paitsi että kyseinen lausuma johdattelee pohtimaan suurta kansantaloudellista ongelmaa, se edustaa jokseenkin vakiintuneita käsityksiä masennuksesta ilmiönä ja ilmiön syistä. Tässä tutkimuksessa tarkoitukseni on tarkastella sekä näitä käsityksiä ja niiden historiaa että masennuksen vaihtoehtoisia määritelmiä ja ”vastaääniä” vallitseville äänille. Haluan selvittää keiden äänillä masennuksesta puhutaan.

Masennus nykypäivänä on jokseenkin triviaali käsite, jolla viitataan vähän kaikkeen aina arkipäivän alakulosta vakaviin mielenterveysdiagnooseihin saakka. Historiallisesti tarkasteltuna on nähty suuri määrä vaivaa sen eteen, että masennuksesta on tehty diagnoosi; sairaudeksi hyväksymisen koetaan vähentävän merkittävästi tiettyä laiskuuteen ja selkärangattomuuteen liitettyä leimaa. Yleiset käsitykset masennuksesta ovat nykyään koko lailla psykiatrisen diskurssin läpäisemiä. Ei tarvitse olla lääkäri voidakseen tunnistaa tietyt oireet itsestään tai muista ja nimittää niitä arkipuheessa masennukseksi. Voidaankin pitää ongelmallisena sitä, miten hegemoninen ja vaihtoehtoton määritelmä masennuksen psykiatrisesta sairausluokituksesta on tullut. On perusteltua vähintään hypoteesina kysyä kaventaako sairaaksi määrittelemisen masentuneiden ihmisten toimijuutta tai eliminoiko se mahdollisuuksia identiteettineuvotteluun. Jos näin on, sillä voi olla merkitystä matkalla masentuneesta ei-masentuneeksi, kutsutaan sitä sitten lääketieteellisin termein paranemiseksi tai kuntoutumiseksi tai joksikin muuksi¹.

Voidaan argumentoida, että pelkästään sosiaaliturvan rakenne Suomessa pakottaa masennuksesta kärsiviä hyväksymään vähintään päällisin puolin tiettyjä identiteettipositioita mikäli masennus vaikeuttaa näiden elämää niin paljon, etteivät he kykene tekemään työtään. Työkyvyttömyyden peruste on sairaus, josta arvion tekee lääkäri, jonka päätäntävällässä on se, ovatko yksilöt kykeneviä tekemään työtään, asumaan kotonaan tai vaikkapa suorittamaan asepalveluksen.

¹ Taannoin Mielenterveyden keskusliitto kommentoi pöyristyneenä sitä, miten on selvinnyt Kelan edellyttäneen asiakkailtaan psykelääkkeiden, jopa useamman, kokeilemista ennen kuin nämä ovat voineet saada Kelan kustantamaa psykoterapiaa (Mielenterveyden keskusliiton liittovaltuusto: Nuorten pakkolääkitys psykoterapian ehtona lainvastainen, 24.4.2010).

Työkyvyttömyysdiagnoosi tarkoittaa jäämistä Kelan kustantamalle sairauslomalle, joka pitkittyessään voi muuttua osa-aikasairauslomaksi, kuntoutumiseksi tai jopa työkyvyttömyyseläkkeeksi. Kela tekee lakiin perustuvat päätöksensä yhteistyössä lääkärin kanssa, täysin näiden lausuntojen pohjalta. Perässä seuraavat mm. vakuutusyhtiöt. Oman kierteensä asiaan tuo myös se, ettei esimerkiksi työuupumuksen diagnoosi ole virallisesti hyväksyttävä peruste sairauspäivärahan myöntämiselle. En pidä toimeentulomallin osuutta masennuksen identiteettipolitiikassa merkityksettömänä. Päinvastoin uskon, että yhteiskunnallisten instituutioiden luokituksilla on valtaa myös sen suhteen, miten yksilöt ajattelevat itsestään ja henkisistä tiloistaan, ja että tätä valtaa myös tietoisesti käytetään. Nimitän tätä masennuksen identiteettipolitiikaksi.

Masennuksen identiteettisopassa on toki muitakin kauhoja. Psykologialla tieteenhaarana ja sen eri suuntauksilla on omat (toisinaan voimakkaastikin lääketieteellisistä selitysmalleista poikkeavat) näkemyksensä masennuksen luonteesta ja sen syistä ja parannuskeinoista. Näiden lisäksi vaihtoehtoisia identiteettipositioita masentuneelle voi löytyä vaikkapa sosiaalitieteiden, uskontojen tai populaarikulttuurin tarjoamina. Myös arki ajattelu ja arkipuhe tarjoavat monenlaisia selityksiä, joista tosin useat ovat sekularisoituneita malleja erinäisistä tieteellisistä teorioista. Masennus todella kantaa jonkinlaista epideemisen kansansairauden leimaa suomalaisessa nyky-yhteiskunnassa. Kertooko se enemmän yksilöiden vai yhteiskunnan pahoinvoinnista, sitä on vaikeaa ilman analyttisempää tarkastelua sanoa. ”Kansansairaus” kuulostaa vähintäänkin uhkaavalta epidemialta, jolta on vaikeaa välttyä jonkin kansallisen tai geneettisen painolastin vuoksi. Viimeaikaisessa uutisoinnissa onkin huolestuttu erityisesti nuorten aikuisten masennuksesta, jonka pelätään johtavan ennenaikaiseen eläkepommiin, kun työikäinen nuori aikuisväestö siirtyy pitkien sairauslomien kautta pysyvästi työkyvyttömyyseläkkeelle.

Tässä tutkielmassa tarkastelen masennuksen identiteettiä erilaisista näkökulmista. Tarkastelun kohteena ovat tavallisten ihmisten kertomukset masennuksesta ja elämästä masentuneena. Haluan tuoda valaistusta siihen, millaisilla kentillä ja keiden pelisäännöillä masennuksen identiteettineuvottelua käydään ja osallistua tutkielmallani laajempaan keskusteluun siitä, mitä on masennuksen identiteettipolitiikka ja ”hyvä identiteetti” ja millaisia vastavaihtoehtoja sille on olemassa. Tutkielman tavoite on myös avoimesti problematisoida masennuksen tieteellisiä määrittelytapoja sekä näihin perustuvia hoitoja ja tuoda sosiaalipsykologista näkökulmaa ilmiöön, jonka on perinteisesti katsottu kuuluvan lähinnä lääketieteen ja psykologian ekspertiisiin.

2 Tutkimuksen taustaa

2.1 Tutkimuskysymys

Tutkimustehtävänäni on selvittää, millaista identiteettineuvottelua ja identiteettipolitiikkaa masentuneiden omissa kertomuksissa masennuksestaan on nähtävillä. Tutkimuskysymyksiä esitän kaksi: keiden ääniä masennuskertomuksissa esiintyy? Miten identiteetistä kertomuksissa neuvotellaan?

2.2 Aiempaa tutkimusta Suomessa

Tutkimukseni nojaa aiempaan masennuksesta ja identiteetistä tehtyyn tutkimukseen, jota löytyy huikaa volyymi melkoiselta armadalta eri tieteenaloja. Erityisesti keskityn tässä luvussa esittelemään joitakin Suomessa viime vuosina ja vuosikymmeninä tehtyjä sosiaalipsykologisia tutkimuksia ja niiden tuloksia.

Jukka Tontti on tutkinut masennusta mm. sosiaalipsykologian väitöskirjassaan Masennuksen arkea: selityksiä surusta ilman syytä (2000). Väitöskirjassaan hän tutki sitä, miten psykoterapiaan hakeutuvat ihmiset selittävät masennuksensa syitä. Tontin mukaan ”selitysmallit ovat masennuksen kognitiivinen ydin. Tähän perusolettamukseen liittyy kiinteästi ihmisen tarve kysyä ”miksi?”, kun tavoitteen saavuttamisessa epäonnistutaan” (Tontti, 2000, 5). Väitöskirjassa Tontti tarkasteli selitysmalleja attribuutioteorian mukaisesti. Tutkimuksen tulokset olivat moninaisia. Selitykset vaihtelivat lapsuuden tapahtumista ihmissuhteiden kautta työolosuhteisiin. Ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat olivat ylivoimaisesti yleisin masennuksen syyselitys. Eräs merkillepantavimmista tuloksista on myös ns. melankolinen ylenkatse; ajatus masennuksesta elämäntapana, joka onnistuu näkemään länsimaisen kulttuurin nihilistisen tilanteen seuraukset. (Severino, 1997, sit. Tontti, 2000, 104) Tontin mukaan masentuneita pidetään usein realistisempina kuin muita, mikä implikoi, että tietty ”perusteeton optimismi” voi olla välttämätöntä selviytymisen ja hyvinvoinnin kannalta. (Tontti, 2000, 121) Yllättävää kuitenkin oli miten vähän aineistossa esiintyi syyselityksiä, joiden mukaan masennus olisi biologinen tai geneettinen sairaus. (mnt., 67) Tontti on myöhemmin kirjoittanut ja ottanut kantaa masennukseen ja sen hoitomuotoihin mm. teoksessaan Monimielinen masennus: arjen reseptejä elämäntaudin hoitoon (2008).

Yhtenä näkyvimmistä masennustutkijoista suomalaisessa sosiaalitieteessä voidaan pitää Vilma Hännistä, joka on kolmenkymmenen vuoden ajan tutkinut masennuksen lisäksi myös yleisiä elämäntapoihin ja -kokemuksiin liittyviä teemoja kuten työttömyyttä, terveyttä, kärsimystä ja sisäisiä muutoksia. Hänninen on myös merkittävä nimi Suomessa tehdyn narratiivisen tutkimuksen saralla. Tarkastelen tässä Hännisen artikkelia Miten masennus muuttaa ihmistä?, joka on osa sosiaalipsykologian professori Anja Koski-Jänneksen juhla kirjaa Muuttuuko ihminen? (2004). Artikkelissa Hänninen esittelee tuloksia, joita sai analysoidessaan Helsingin Sanomien teettämän masennuskyselyn vastauksia. Tutkimuksen painopiste on muutoksessa, jota masennus on kirjoittajissa saanut aikaan. Hännisen mukaan ”erilaiset elämäkokemukset arvioidaan sen perusteella, millaisia minuuden muutoksia ne jättävät jälkeensä” (Hänninen, 2004, 277) Kuitenkin hänen mukaansa lääketieteellisen sairausparadigman mukainen ”parantumisesta” eli oireiden poistumisesta ja siirtymisestä takaisin ”normaaliin” mielentilaan tehtävä tutkimus ei tavoita tai pidä merkittävänä niitä vaikutuksia, joita masennuksella on minuuteen (Hänninen, 2004, 279). Vain harva aineiston masentuneista kertoi, ettei masennus olisi muuttanut heitä, ja tällöinkin kyseessä olivat ”koko ikänsä masentuneet”, jotka mielsivät masennuksen osaksi koko elämänsä (mnt., 282) Hänninen tyypittelee erilaisia masennuksesta seuranneita muutoksia, joita hänen mukaansa ovat varovaistuminen (suojautuminen), vahvistuminen (puolustautuminen) ja viisastuminen (ymmärtäminen). Masentuneet kertovat myös menettäneensä masennuksensa myötä niitä ominaisuuksia, joita sosiaalisessa vuorovaikutuksessa arvostetaan. Erityisesti vahvistumiseen muutoksena liitetään Hännisen mukaan samansuuntaisia ajatuksia kuin mitä tarjoavat masennuksen itsehoito-oppaat, tiedotusvälineet ja oletettavasti myös terapia: ennen kaikkea on muutettava omia ajatustottumuksiaan ja niiden ohjaamia toimintatapoja. (mnt., 283, 286) Hännisen mukaan tutkimus antaa perusteita ajatella, että arvioitaessa masennuskokemusten merkitystä osana elämänsä historiaa masennus voidaan nähdä minuuden kannalta pikemminkin arvokkaana kuin tuhoisana asiana (mnt., 299). Hänen mukaansa aineiston vastaukset on mahdollista nähdä asettumisena vastahankaan suhteessa yhteiskunnallisissa käytännöissä vallitseviin arvoihin (mnt., 301–302).

Myös Jukka Valkonen on tehnyt sosiaalipsykologista tutkimusta masennuksesta ja siitä kuntoutumisesta. Väitöskirjassaan Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina (2007) Valkonen tutki masennuksen vuoksi psykoterapiaan hakeutuneiden ihmisten kokemuksia psykoterapian vaikutuksesta, oman masennuksensa muutoksista sekä terapian merkityksiä osana ihmisten sisäisiä tarinoita. Tutkimuksessa haastateltiin voimavarasuuntautuneessa terapiassa ja psykodynaamisessa terapiassa käyneitä henkilöitä, joista osa oli terapian päättämiseen mennessä toipunut, osa ei. Haastatteluista tehtiin narratiivinen analyysi. Valkonen käytti tutkimuksessaan apuna narratiivisen

tutkimuksen kulttuuristen mallitarinoiden käsitettä. Tulokseksi Valkonen sai kolme erilaista tulkintaa eli mallitarinaa, jotka olivat elämänhistoriallinen tarina, situationaalinen tarina ja moraalinen tarina (Valkonen, 2007, 191). Osalla haastateltavista sisäinen tarina toteutui ja vahvistui psykoterapian seurauksena, osalla taas psykoterapia ei kohdannut sisäistä tarinaa eikä muuttanut sitä. Joidenkin ihmisten sisäiset tarinat saivat terapiassa uusia muotoja. Valkonen nimeääkin yhdeksi psykoterapian tehtävistä auttaa ihmistä kertomaan ”hyvää tarinaa”, johon sisältyvät koherenssi, elämän tarkoitus ja emansipaatio (mnt., 253).

Kuriositeettina kerrottakoon myös, että pari vuotta sitten Helsingin yliopistossa on sosiaalipolitiikkaan valmistunut pro gradu -tutkielma, jossa käytettävä aineisto on ollut sama kuin omassa tutkimuksessani. Tutkielman nimi on Masennuksen itseymmärrys: masennuskertomuksen rakenne ja sisältö ja sen tekijä on Soile Huuonen. Tutkielma on hyväksytty Helsingin yliopistossa 11.5.2009.

3 Masennuksen tieteellistä määrittelyä

3.1 Masennus lääketieteessä

Masennus ilmiönä on monien tieteenalojen kiinnostuksen kohde. Lääketieteellisen asiantuntemuksen alueeksi se nousee erityisesti silloin, kun pohditaan mahdollisia biologisia syitä ja erityisesti masennuksen lääkkeellisiä hoitomuotoja. Tässä luvussa tarkastelen psykolääketieteellisen teorian mukaisia määritelmiä masennuksesta ja sen hoidosta.

3.1.1 Diagnostiset kriteerit ja masennuksen kulku

Psykiatrian professori Erkki Isometsän mukaan masennus on tällä hetkellä keskeisin mielenterveyden häiriö ja ylipäättään yksi yleisimpiä kansanterveysongelmia (Isometsä, 2007, 157). Masennukseen viittaamisen tavat vaihtelevat myös kliinisessä puheessa eri kielissä eri aikoina. Duodecimin julkaiseman Psykiatrian oppikirjan mukaan masennuksesta, kuten monista muistakaan mielenterveyden ongelmista ei käytetä termiä sairaus. Kattavimpana ilmaisuna ongelmille käytetään *mielenterveyden häiriötä*, josta mielisairaudet eli psykoosit muodostavat vain pienen osan (Lönnqvist & Lehtonen, 2007b, 47). Toisaalta käytännöt tuntuvat vaihtelevan; saman julkaisijan terveystieteen sivustolla sijaitsevassa masennusartikkelissa masennusta luonnehditaan nimenomaan *kansansairaudeksi*, johon lähes joka toinen suomalainen sairastuu jossakin vaiheessa

elämäänsä (Luhtasaari, 2010). Samaa sairaus-termiä käyttää myös Käypä hoito -sivuston potilasversio (Aho & Isometsä & Mattila & Jousilahti & Tala, 2009). Joka tapauksessa joko itse masennushäiriö tai sen havaitseminen on lisääntynyt merkittävästi viime vuosikymmeninä; 1990-luvun puolivälissä masennus nousi yleisimmäksi psykiatriseksi diagnoosiksi työkyvyttömyyden aiheuttajana ohi skitsofrenian (Pylkkänen, 2007, 821; Savolainen & Sillanpää, 1999, 5). Samalla Käypä hoito -sivuston artikkeli kuitenkin toteaa, että vain vähemmistö hakee masennukseen apua. Todellisia tapauksia epäillään siis olevan moninkertaisesti enemmän kuin annettuja diagnooseja. (Aho ym., 2009)

Terminä masennus on epätarkka: sanaa käytetään myös arkipuheessa ja eri yhteyksissä sillä voidaan kuvata esimerkiksi hetkittäistä affektia tai pidempään jatkuvaa mielialaa, joka ei kuitenkaan ole psykopatologinen häiriö. Psykiatrisen määrittelyn mukaan masennustilat eli depressiot ovat oireyhtymiä, jotka ovat mielenterveyden häiriöitä. (Isometsä, 2007, 157) Häiriöitä voidaan luokitella tietyin diagnostisin kriteerein. Toisistaan on tapana erottaa ainakin ns. unipolaariset itsenäiset masennustilat ja osana kaksisuuntaista mielialahäiriötä esiintyvät masennustilat. Masennustilat jaetaan myös diagnostisesti lieviin, keskivaikeisiin ja vakaviin häiriöihin. Tärkeimmät luokitteluperusteet ovat esiintyvien oireiden laatu, vaikeusaste ja kesto. Isometsän mukaan ”diagnoosi on keskeisin tekijä arvioitaessa lääkehoidon tai muiden biologisten interventioiden tarvetta”. (Isometsä, 2007, 157)

Diagnostisia järjestelmiä, joita mielenterveyden häiriöiden arvioimisessa käytetään, on käytännössä kaksi: American Psychiatric Associationin 1994 julkaisema Yhdysvalloissa käytettävä Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (**DSM-IV**), ja Suomessakin 1996 käyttöön otettu WHO:n luokituksia noudattava International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Edition (**ICD-10**) (Lönnqvist & Lehtonen, 2007a, 21). Suomessa diagnoosit kirjoitetaan ICD-10:n koodeilla, mutta DSM-IV:tä käytetään vertailevana apuna diagnooseille mm. psykiatrian opetuksessa, sillä se on laajempi ja sisältää tarkemmat määrittelyt eri mielenterveyden häiriöille (ks. esim. Psykiatria, 2007). ICD-10:ssä oleelliset masennustiloja määrittelevät luokat ovat F32 (Masennustila) ja F33 (Toistuva masennus), joilla kummallakin on omat alaluokkansa eri vaikeusasteille ja sille, liittyykö masennukseen esimerkiksi psykoottisia tai somaattisia oireita. Käytännössä puhutaan näistä luokista silloin kun psykiatrisessa kielenkäytössä käytetään termejä *depressio* tai *kliininen depressio* (Isometsä, 2007, 158). Diagnoosit tehdään oirekuvan perusteella; DSM-IV:ssä ja ICD-10:ssä on molemmissa määriteltynä lista masennustilojen tyypillisiä oireita, joista tietyn määrän tiettyjä oireita on esiinnyttävä, että

masennustila luokitellaan esimerkiksi vakavaksi (Isometsä, 2007, 158). DSM-IV:ssä masennustiloilla on erilaisia kliinisiä alaryhmiä kuten synnytyksen jälkeinen masennus, vuodenaikaan liittyvä masennustila, melankolinen depressio (l. sisäsyntyinen masennus) ja epätyypillinen masennustila (l. reaktiivinen masennus). ICD-10 ei erottele masennustiloja toisistaan keston perusteella eikä sisällä lainkaan mm. kirkasvalolla hoidettavaa vuodenaikaan liittyvää masennustilaa. (Isometsä, 2007, 160–161)

Merkittävimpiä masennustilan oireita diagnostisissa määrittelyissä ovat masentunut mieliala, mielihyvän ja/tai mielenkiinnon menettäminen sekä yleinen toimintakyvyn heikkeneminen (Isometsä, 2007, 158, 160). Nämä ovat ydinoireita, jotka ovat tyypillisesti myös masennuksen esi- eli prodromaalioireita. Esioireita ilmenee muutaman viikon tai kuukauden ajan, jonka jälkeen kehittyä varsinaisen masennustilan. Toistuvista masennustiloista kärsivät voivat oppia tunnistamaan esioireita ja hakeutumaan hoitoon ajoissa. (Isometsä, 2007, 163) Hoidon piirissä masennustilan keskimääräinen kesto on noin 5–6 kuukautta. Pitkäaikaisia vakavia masennustiloja kaikista hoidon piiriin tulevista on noin kymmenen prosenttia (mnt., 163). Psykiatristen määrittelyiden mukaan masennustilan oireiden lievittyessä alkaa toipumis- eli remissiovaihe, joka on täydellinen, kun kaikki oireet ovat kadonneet. On tavallista, että masennuksen lievittyessä esiintyy jälki- eli residuaalioireita. Jos toipuminen jää osittaiseksi, masennuksen uusiutumisen riski on suuri ja esimerkiksi palaaminen työelämään hidastuu. (mnt., 163) Isometsän mukaan masennuksen uusiutumisen riski on yhden masennusjakson jälkeen 50 %, kahden jälkeen 70 % ja kolmen jälkeen jopa yli 90 % (mnt., 165). Parhaana ennusteena masennuksen kestolle ja siitä toipumiselle toimii masennustilan vaikeusaste. Ennusteeseen vaikuttavat myös samanaikaiset muut mielenterveyden häiriöt: depressiopotilaista noin 30–50%:n arvioidaan kärsivän myös persoonallisuushäiriöstä. (mnt., 164) Tärkeimpänä tekijänä masennuksen ennaltaehkäisyn kannalta Isometsä pitää riittävän tehokasta havaitsemista perusterveydenhuollon piirissä (Isometsä, 2007, 193). Toipumisen kannalta myös läheisiltä ihmisiltä saatava tuki on tärkeää (mnt., 164). Masennusta voidaan perustellusti pitää myös hengenvaarallisena häiriönä. Itsemurhariski masennustiloista kärsivillä kohoaa 20-kertaiseksi normaaliin nähden. Arviolta noin 5-10 % psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä olevista potilaista tekee itsemurhan. (mnt., 165) Tästä syystä hoidon tarvetta arvioitaessa on erityisen tärkeää kartoittaa varhain, esiintyykö potilaalla itsetuhoajatuksia (mnt., 166).

3.1.2 Lääketieteellistä syiden määrittelyä

Psykiatrisissakaan määrittelyissä masennus ei ole yksiselitteinen häiriö. Sen syyt ovat osittain tuntemattomia ja selitykset moninaisia. Duodecimin terveystiet.fi-sivuston artikkelissa luonnehditaan masennusta ja sen syitä näin: ”Lääketieteellisesti määriteltynä masennus on monimuotoinen ja moniasteinen psyykinen häiriö, joka syntyy tavallisesti pitkän ajan kuluessa useiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta” (Luhtasaari, 2010). Tyypillisesti masennuksen etiologian osatekijöinä pidetään ainakin geneettistä alttiutta ja psykososiaalisesti vaikuttavia kielteisiä elämänmuutoksia.

Lääketieteessä on pyritty selvittämään depression liittyviä biologisia ja neurokemiallisia poikkeavuuksia eri tavoin. Perimän vaikutusta masennustilojen syntyyn on selvitetty mm. kaksoskoti tutkimusten ja adoptiolapsitutkimusten avulla. Isometsän mukaan identtisillä kaksosilla on todettu 50 % todennäköisyys sille, että yhden kaksosen kärsiessä masennushäiriöstä myös toiselle kehittyy masennustila. Ei-identtisillä kaksosilla vastaava todennäköisyys on 20 %. Arviot periytyvyydestä vaihtelevat 37 % ja 75 % välillä, mutta mitä vaikeammasta masennustilasta on kyse, sitä todennäköisempää sen periytyvyys on. (Isometsä, 2007, 168–169) Masentuneiden aivojen rakenteesta ei yleensä kuvantamistutkimuksissa ole löydetty poikkeavuuksia (mnt., 176). Geenitutkijat ovat aiemmin yrittäneet ja yrittävät edelleen löytää myös geenimuunnosta, joka selittäisi masennuksen perinnöllisyyttä. Varsinaisia masennustiloihin liittyviä geenimuunnoksia ei ole voitu todentaa, joskin todennäköisiä alttiuseenejä on löytynyt. (Isometsä, 2007, 169) Joissakin adoptiolapsitutkimuksissa on saatu viitteitä myös siitä, että perinnöllisyys olisi yhteydessä ennemminkin sosiaaliseen kuin biologiseen vanhemmuuteen (mnt., 169).

Keskeisenä syynä masennustilan synnylle pidetään myös negatiivisia kokemuksia. Isometsän mukaan yli kaksi kolmasosaa masennustiloista alkaa jonkin yksittäisen tai useamman kielteisen elämänmuutoksen jälkeen. Kielteisiä elämänmuutoksia voivat olla mm. avioero, työttömyys, lähiomaisen sairastuminen, läheisen kuolema tai ristiriidat ihmissuhteissa. (Isometsä, 2007, 164) Taustalla on se jokseenkin psykoanalyttisen teorian mukainen ajatus, että menetykset ja pettymykset toimivat laukaisijoina masennushäiriöiden synnyssä. Ei-elimellisiin syihin liittyviä teorioita psykiatria lainaakin paljolti psykologian puolelta. Geneettisen altistuksen lisäksi masennuksen syntyyn vaikuttavana tekijänä pidetään psykososiaalista stressiä ja masennusta ylläpitävänä tekijänä kognitiivisia vääristymiä. Miehillä masennushäiriöitä esiintyy naisia enemmän, joten yhtenä keskeisimmistä riskitekijöistä pidetään myös miessukupuolta. (Isometsä,

2007, 165). Mikään varsinainen syy tai selitys se ei kuitenkaan luonnollisesti ole.²

3.1.3 Masennuksen lääketieteellinen hoito

Masennustilojen hoidossa käytettävät menetelmät jaetaan psykiatrisissa luokitteluissa biologisiin, psykologisiin ja potilaan sosiaaliseen ympäristöön vaikuttaviin menetelmiin. Biologisia menetelmiä ovat paitsi antidepressiivinen lääkehoito, myös mm. kirkasvalohoito ja elektrokonvulsiivinen sähköhoito eli ECT. (Isometsä, 2007, 181; Savolainen & Sillanpää, 1999, 11) Psykologisilla hoitomuodoilla tarkoitetaan ennen kaikkea erilaisia psykoterapioita. Isometsän mukaan biologisilla menetelmillä hoidetaan ennen kaikkea keskivaikeita sekä vaikeita ja psykologisilla menetelmillä taas lieviä ja keskivaikeita masennustiloja (Isometsä, 2007, 182). Keskivaikeassa masennuksessa lääkehoidon käyttö on kuitenkin suositeltavaa. Lievässäkin masennustilassa (F32-F33) antidepressiivisen lääkehoidon käyttöä voidaan pitää perusteltuna, mikäli psykoterapeuttiseen hoitoon ei ole mahdollisuuksia. (mnt., 182) Isometsän mukaan myös ”lääkehoitoa voi pitää aina aiheellisena, mikäli potilaalla täyttyvät ICD-10 masennustilan tai DSM-IV:n vakavan masennustilan diagnostiset kriteerit” (mnt., 182–183). Antidepressiivinen lääkehoito on Isometsän mukaan yksi tehokkaimmista masennustilojen hoitomuodoista. (Isometsä, 2007, 182). Samoin hänen mukaansa sähköhoito on suositeltava menetelmä hyvän ja nopean tehonsa ansiosta (mnt., 188).

Antidepressiivisistä lääkkeistä nykyisin tyypillisimpiä ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli ns. SSRI-lääkkeet. Nämä ovat Isometsän mukaan käytännössä myös ensilinjan depressiolääkkeitä tällä hetkellä (Isometsä, 2007, 186). Muita masennuksen hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat esimerkiksi vanhan sukupolven trisykliset depressiolääkkeet sekä monoamiinioksidaasiestäjälääkkeet eli niin kutsutut MAO-estäjät (Isometsä, 2007, 185). Psykoottisen masennuksen hoidossa voidaan käyttää yhdessä antidepressiivisten lääkkeiden kanssa myös psykoosilääkitystä. Masennukseen liittyvän hermovälityksen tutkimus sai alkunsa 1950-luvulla kun depressiolääkkeet keksittiin. Tuolloin osoitettiin, että trisykliset lääkkeet ja MAO-estäjät lievittivät masennustiloja aiheuttamatta kuitenkaan mielialan kohoamista terveillä ihmisillä. Tästä syntyi oletus, että lääkkeiden vaikutusmekanismit kytkeytyvät masennuksen mekanismeihin. Monoamiineihin liittyvästä hermovälityksen vajaatoiminnasta kehitettiin ns. monoamiinihypoteesi, joka tosin todettiin virheelliseksi. Isometsän mukaan masennukseen liittyvän hermovälityksen

² Kuriositeettina mainittakoon, että päihdeongelman on miehillä todettu usein edeltävän masennusta, kun taas tyypillisesti naisilla se kehittyy vasta masennustilan synnyttyä (Isometsä, 2007, 165).

poikkeavuuksista on kuitenkin 40 vuoden aikana tuotettu vahva näyttö. (mnt., 169) Hänen mukaansa myös ”kiistatonta on, että masennusta voidaan serotonergisin ja noradrenergisin masennuslääkkein tehokkaasti hoitaa ja että monoamiinihermovälityksen häiriöiden täytyy jotenkin nivoutua depression syntymekanismiin” (mnt., 170).

Psykiatrit määräävät masennustiloista kärsiville paitsi biologisia interventioita myös psykologisia hoitoja eli erilaisia yksilö- ja ryhmäpsykoterapioita. Kolmen kuukauden psykiatrisen hoitosuhteen jälkeen lääkäri voi kirjoittaa potilaalle lausunnon, jonka perusteella tämä voi hakea Kansaneläkelaitokselta kuntoutusta eli tuettua psykoterapiaa. Tuettua psykoterapiaa voi antaa vain terapeutti, joka on suorittanut määrätyn koulutuksen ja jolla on terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen TEO:n (nykyisin Valvira) myöntämä psykoterapeutin ammattinimike (Pylkkänen, 2007, 836). Psykoterapeutit ovat tyypillisesti saaneet psykologin koulutuksen, mutta myös esimerkiksi psykiatrilla voi olla psykoterapeutin ammattinimike. Teoksessa *Psykiatria* (2007) mainitaan suositeltavina psykoterapioina ainakin kognitiivinen terapia, psykodynaaminen terapia ja intersoonallinen terapia. On myös tyypillistä ja jopa suositeltavaa, että erilaisia hoitomuotoja sovelletaan samanaikaisesti.

3.2 Masennus kognitiivisessa psykologiassa

Masennus on tietenkin ilmiönä myös psykologisen tutkimuksen kohde. Tutkimusta varten kartoittamani psykologiset teoriat keskittyvät ennen kaikkea masennuksen psyykkisiin rakenteisiin ja syihin, sekä siihen, miten niihin voidaan vaikuttaa erilaisten psykologisten hoitomuotojen avulla. Tarkastelen seuraavaksi kognitiivisen psykologian taustateoriaa masennuksesta, sen syistä ja ehdotetuista hoidoista.

3.2.1 Kognitiivisen mallin mukaisia määrittelytapoja

Kognitiivisen psykologian mallissa masennusta ei yleensä käsitellä sairautena. Sen sijaan psykiatrisen kliinisen määrittelyn tapaan puhutaan häiriöstä tai masennustilasta. (Karila, 2008, 71) Sairaus-termiä saatetaan kuitenkin kognitiivisessa kirjallisuudessa välillä käyttää esimerkiksi puhuttaessa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, jonka osana esiintyy masennusta (Karila, 2008, 97). Masennustilan oireita ovat masentunut mieliala tai mielenkiinnon ja mielihyvän menettäminen. Kognitiivisen mallin mukainen määrittelytapa eroaa kuitenkin Karilan mukaan psykiatrisesta

diagnostiikasta oleellisesti arvioitaessa masennustilan subjektiivisia tai kognitiivisia oireita. Siinä missä psykiatrin diagnostiikka jättää menetyksiä ja epäonnistumisia koskevat arvioinnit toissijaisiksi, kognitiivisessa mallissa ne ovat ensisijaisia (primary) ydinoireita. Nämä ydinoireet taas aktivoivat muita masennustilan ilmentymiä kuten alavireisyyttä ja väsyneisyyttä. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että ydinoireet olisivat masennuksen aiheuttajia. (Karila, 2008, 71) Myös kognitiivisessa teoriassa tehdään erottelu lievästi ja vakavasti masentuneiden välillä (mnt., 72).

Kognitiivinen teoria perustuu yhdysvaltalaisen psykiatrin Aaron T. Beckin (ks. esim. Beck, 1967) 1950–1960 -luvulla tekemään tutkimustyöhön ja klinisiin havaintoihin (Karila, 2008, 73). Beckin mukaan masennuksesta kärsivällä on virheellisiä uskomuksia, jotka koskevat häntä itseään, hänen toimintaansa ja myös muita ihmisiä. Masentuneella on taipumus kokea itsensä avuttomaksi, kyvyttömäksi ja torjutuksi. Nämä virheelliset uskomukset ohjaavat masentuneen käyttäytymistä ja havaintojen tekemistä ja ylläpitävät siten masennusta. Masentuneella on taipumus odottaa kohtaavansa myös tulevaisuudessa epäonnistumisia ja hylkäämisiä. Masennustilan vakavuus ja kesto riippuvat siitä, miten vakavia ajatusvääristymät ovat ja kuinka pitkään niitä on esiintynyt. (Karila, 2008, 72–73) Masennus jatkuu niin pitkään kuin sen taustalla olevat perususkomukset ovat aktivoituneina. Beckin tavoite oli alun perin osoittaa kokeellisesti psykoanalyttisen teorian mukainen hypoteesi siitä, että masennuksen ydin on ihmisen kokema menetys, joka suunnataan aggressiona itseä vastaan. Tätä hän tutki mm. vertailemalla masentuneiden ja ei-masentuneiden ihmisten unia. Aggressiosisällöissä ei havaittu eroja, mutta sen sijaan Beck havaitsi masentuneilla tavallista enemmän unia, joissa heitä kritisoitiin ja joissa he joutuivat kokemaan pettymyksiä ja hylkäämisiä. (Karila, 2008, 73) Syntyi teoria siitä, että ajatusprosessit ovat masennuksen ymmärtämisessä merkittävämpiä kuin tunteet tai motivaatio. Beckin aikana tämä uusi näkemys oli hyvinkin radikaali. (Karila, 2008, 73)

Aaron T. Beck kehitti myös erityisen työvälineen masennuksen ja sen muutosten arviointiin. Sitä kutsutaan Beckin depressioasteikoksi (**BDI**), jota on myös uudistettu ajoittain. Viimeisin versio BDI-II on julkaistu vuonna 1996. Sitä hyödynnetään myös psykiatrisessa diagnostiikassa, vaikka se ei sellaisenaan olekaan riittävä diagnostinen väline. (Karila, 2008, 78) BDI-II sisältää kysymyksiä, joiden vastausten pistearvo on yhteenlaskettuna 0–63 pistettä. Tällä hetkellä oireilu arvioidaan kansainvälisesti siten, että normaali tai vähäinen masennus tuottavat 0–13 pistettä, lieväasteinen masennus 14–19 pistettä, kohtalainen masennus 20–28 pistettä ja vakava-asteinen masennus 29–63 pistettä. BDI-II:n avulla voidaan arvioida myös mm. masentuneen itsemurhariskiä. Pistearvojen tulkitsemisessa on kuitenkin otettava huomioon masentuneen haastattelusta syntynyt kokonaiskuva. (mnt., 78) Beck kehitti urallaan myös muita arvosteluasteikoita kuten ahdistuneisuusoireiden

arviointiin tarkoitetun **BAI**:n ja toivottomuuden asteen arvioimiseen tarkoitetun **BHS**:n. (Karila, 2008, 78)

3.2.2 Kognitiivista syiden määrittelyä

Kognitiivisen teorian mukaan masennuksesta kärsivällä on masennukseen erityinen kognitiivinen alttius tai taipumus. Irma Karila muotoilee alttiuden seuraavasti:

”Hänen elämänhistoriaansa sisältyy kokemuksia, jotka ovat muistissa elintärkeinä menetyksinä. Ne voivat säilyä hänen mielessään pitkäänkin latentteina, piilevinä. Kun hän joutuu tilanteeseen, joka muistuttaa tätä alkuperäistä menetystä, latentteina pysyneet muistot menetyksestä, epäonnistumisesta tai vaille jäämisestä tulevat mieleen. [...] Masennukseen taipuvainen alkaa katsella maailmaa mustien lasien läpi.” (Karila, 2008, 72)

Masentumisen syyt vaihtelevat Karilan mukaan myös persoonallisuuksittain. Sosiotrooppinen eli ihmisiin suuntautunut henkilö masentuu tilanteissa, joissa hän menettää ihmissuhteen tai hänen sosiaalinen arvonsa kyseenalaistetaan. Autonominen henkilö, jonka itsekunnioitus perustuu asioiden hallintaan ja suoriutumiseen taas masentuu tilanteissa, joissa hän joutuu luopumaan jostakin tavoitteesta, ei suoriudu hyvin tai menettää tilanteen hallinnan. (Karila, 2008, 73)

Aaron T. Beck esitteli julkaisuissaan kehittelemiään keskeisiä kognitiivisen teorian käsitteitä kuten *kognitiivisten virhetoimintojen* ja *depressiivisen skeeman* käsitteet (Karila, 2008, 73). Kognitiiviset virhetoiminnot tarkoittavat todellisuuden systemaattista vääristämistä, jota masentuneilla tapahtuu aktiivisesti. Virhetoimintoja ovat mm. mielivaltainen päättely, valikoiva yleistäminen, personalisaatio ja dikotominen ajattelu. (Karila, 2008, 74) Näiden virhetoimintojen yleisyys ja jatkuvuus askarrutti Beckiä ja synnytti depressiivisen skeeman käsitteen. Depressiivisellä skeemalla tarkoitetaan suhteellisen pysyvää kognitiivista struktuuria, joka sisältää absoluuttisia, kielteisiä perusolettamuksia itsestä, muista ja maailmasta. Lisäksi masentuneilla Beckin tutkimuksissa esiintyi moittivaa sisäistä puhetta, jonka Beck nimesi *negatiivisiksi automaattisiksi ajatuksiksi* (myös: kielteiset välittömät ajatukset). (mnt., 74) Karilan mukaan depressiivisillä henkilöillä on usein kaksoisstandardit; he ovat joustamattomia ja suvaitsemattomampia itseään kuin muita kohtaan. (mnt., 88)

3.2.3 Masennuksen kognitiivinen hoito

Kognitiivisen mallin mukaisesti masennushäiriöitä hoidetaan erityisesti kognitiivisella psykoterapialla. Kognitiivinen terapiakin perustuu Aaron T. Beckin tutkimustyöhön, jonka tuloksena vuonna 1979 julkaistiin hoitokäsikirja *Cognitive therapy of depression*. Beck lainasi monia ohjeitaan masennushäiriöiden hoidosta käyttäytymisterapiasta. (Karila, 2008, 74) Sittemmin Beckin mallia on muunneltu ja täydennetty myös Suomessa mm. interpersonaalisia skeemoja ja persoonallisuuden merkitysorganisaatiota koskevalla tietämyksellä (Karila, 2008, 75).

Karilan mukaan ”masennushäiriöiden hoitoon on tarjolla kolme eri tavalla kohdentuvaa kognitiivista hoitokäytäntöä: akuuttiin masennukseen kognitiivinen terapia CT, krooniseen masennukseen kognitiivis-behavioraalisesti painottunut työtap CBASP ja toistuvan masennuksen ehkäisyyn tietoisuustaitoihin pohjaava kognitiivinen terapia MBCT. Jos henkilöllä on masennuksen lisäksi muita vaikeuksia, kuten persoonallisuushäiriö, kognitiiviseen työotteeseen voidaan yhdistää skeematerapiaa”. (Karila, 2008, 72) Terapian tavoitteena on opetella taitoja, joiden avulla masentunut kykenee tunnistamaan ja kyseenalaistamaan mieleen tulevia välittömiä kielteisiä ajatuksiaan ja muuttamaan niitä (mnt., 72). Lisäksi pyritään löytämään ja tunnistamaan masennuksen taustalla olevia laajempia perususkomuksia, jolloin hoidon tulos on pysyvämpi. (Karila, 2008, 73) Karilan mukaan ”kroonisesta masennuksesta kärsivä potilas on [...] herätettävä huomaamaan, että omalla käyttäytymisellä on seuraamuksia: mitä potilas tekee, ja miten se vaikuttaa muihin” (mnt., 72).

3.3 Masennuksen psykoanalyysia

Psykoanalyysi on yksi nykyisistä perinteistä vanhimpia, mitä psyykkisten ilmiöiden kuten masennuksen tutkimiseen ja hoitamiseen tulee. Muun muassa psykiatrinen tieteenala on sille paljosta velkaa kielen ja käsitteistön suhteen.³ On sanottu, että ”psykodynaaminen ajattelu toimii edelleenkin psykiatrian sieluna” (Tamminen & Rechartt & Pylkkänen & Saarinen & Taajamaa, 2010, 40). Psykoanalyttisen perinteen pitkä ikä tuottaa myös ongelmia: psykoanalyysi on aikojen saatossa kehittynyt, muuttunut ja haarautunut (myös maantieteellisesti) niin paljon, ettei voida sanoa, että olisi olemassa mitään yhtä psykoanalyttista masennuksen määrittelytapaa. Psykoanalyttisen perinteen avaaminen lukijalle on haasteellista; psykoanalyysin kieli on vaikeaa ja

³ Ylipäätään on tietenkin hyvä muistaa, että erottelut tieteenalojen ja tutkimusperinteiden välillä ovat usein keinotekoisia, veteen piirrettyjä viivoja. Ilman rajanvetoja tutkimuksen aiheesta olisi kuitenkin vaikeaa sanoa mitään.

tekstiä on hankala ymmärtää perehtymättä ensin perinteeseen ja sen historiallisiin lähtökohtiin. Psykoanalyysin sisältö koostuu pitkälti ei-kielellisen mielen, poissaolevan ja tiedostamattoman sisällöistä, ja sen tavoite on tiedostaa näitä sisältöjä tuomalla niitä kielelliseen muotoon. Perinnettä verrataankin usein kielitieteeseen itsessään. Lingvistiikan lisäksi puhutaan maantieteestä; erityisesti klassista kuvausta psyyken rakenteista on pidetty ikään kuin topologisena karttana mielen maastoista. Vaikeasti avautuvan luonteensa vuoksi psykoanalyysista on erityisen vaikeaa kirjoittaa popularisoitua tekstiä. Tästä syystä voitane olettaa, etteivät psykoanalyysille ominaiset näkemykset masennuksesta esiinny yhtä vahvasti vaikkapa mediassa tai maallikoille suunnatussa kirjallisuudessa kuin ”kilpailevien teorioiden” vastaavat. Psykoanalyysia on myös pidetty aikansa eläneenä perinteenä, jonka uudet teoriat ovat korvanneet: ranskalaisen psykoanalyytikon Elizabeth Roudinescon mukaan psykoanalyysi on 1900-luvun viimeisinä vuosikymmeninä kohdannut ennenkokematonta arvostelua niin kognitiivisten tieteiden kuin psykofarmakologiankin taholta. (Roudinesco, 2000, 13)

Se, että mitään yhtenäistä käsikirjatyypistä psykoanalyyttista teoriaa masennuksesta ei ole olemassa, ei tietenkään tarkoita ettei mitään aiheesta voitaisi sanoa. Tässä luvussa tarkastelen psykoanalyysin johtohahmona tunnetuksi tulleen Sigmund Freudin teorioita viime vuosisadan alusta. Vaikka Freud ei teoreetikoista nykyaikaisin olekaan, perustuu 1900-luvun psykoanalyysi pitkälti hänen luomaansa pohjatyöhön, samoin kuin myös useat uudemmat psykoanalyttiset näkemykset masennuksesta ja melankoliasta.

3.3.1 Freudin viettiteoria

Freudin 1900-luvun alussa lanseeraama ja useaan kertaan muokkaama teoria vastakkaisista vieteistä, jotka ohjaavat ihmisen toimintaa on oleellinen tarkasteltaessa psykoanalyttisia käsityksiä masennuksesta. Käsitepari *Eros* ja *Thanatos* on viettiteorian sisällössä keskeinen. Nämä ovat kaksi ihmisen toimintaa ohjaavaa perusviettiä. Käsitteiden nimet lainattiin kreikkalaisesta mytologiasta, jossa *Eros* oli kauneuden, hedelmällisyyden ja seksuaalisen rakkauden jumala, ja *Thanatos* puolestaan kuoleman henkilöitymä, daimon. Pelkistetyimmillään psykoanalyttisessä teoriassa *Erosta* ja *Thanatosta* kutsutaan elämän- ja kuolemanvieteiksi. Eroksen käsitettä oli toki käyttänyt jo ennen Freudia mm. Platon, mutta käsitteen merkitysisältö on erilainen platonilaisessa filosofiassa ja psykoanalyttisessä viettiteoriassa. Kuolemanviettiä taas on joissakin yhteyksissä kutsuttu myös tuhoamisvietiksi, joka myöhempien psykoanalyttikoiden mukaan on aiheuttanut virheellisiä tulkintoja vietin luonteesta (ks. esim. Ikonen & Rechart, 1994, 26).

Freudin mukaan eloton luonto pyrkii kohti energian tasaantumista ja entropiaa. Elollinen luonto taas pyrkii päinvastaisesti kohti elämää ja monimuotoisuutta. Nämä peruspyrkimykset ovat toisilleen vastakkaisia, ja näitä Freud alun pitäen nimitti elämän- ja kuolemanvieteiksi, Erokseksi ja Thanatokseksi. Vietit kuitenkin toimivat yhtä aikaa ja toisinaan myös samansuuntaisesti vuorovaikutuksessa keskenään kohti tyydytystä (Ikonen & Rechartt, 1994, 27). Stig Hägglundin (2009) mukaan tyydytyksen tavoittelulle on erityisesti ominaista, että se on pohjimmiltaan konservatiivista: pyritään kohti alkuperäistä tyydytystä muuttamatta mitään, vieroksuen uutta. Syntyy fantasia alkuperäisestä tyydytyksestä, joka ei koskaan ole tavoitettavissa sellaisenaan. Fantasia säätelee myös tulevia tyydytyksiä määrittelemällä sen, mikä on tavoittelemisen arvoista tai haluttavaa. Voidaan siis ajatella, että ensimmäiset vauvana ja lapsena saadut kokemukset ohjaavat sitä, millaisia asioita myöhemmin elämässä pidämme tyydyttävinä. (Hägglund, 2009, 48) Samalla ruumiillisten tarpeiden pohjalta syntyvät psyykkiset tarpeet määrittävät sen, mitkä kokemukset ja ketkä ihmiset ovat merkittäviä psyykkisen kasvumme kannalta (Hägglund, 2009, 49).

Eros merkitsee Ikonen ja Recharttin mukaan ”rakkautta kaikkein laajimmassa mielessä: rakkautta elämään”. Thanatos taas pyrkii rauhantilaan, palauttamaan elämän sen epäorgaaniseen alkutilaan, josta kaikki häiriötekijät on poistettu. Tuhoavuus on yksi Thanatoksen ilmenemismuodoista, jota on Ikonen ja Recharttin mukaan tulkittu yli muiden. Heidän mukaansa käsite kuolemanvietti tulee tulkita kuvaannollisesti eikä kirjaimellisesti. He pitävät Freudin pohdintoja ennen kaikkea luonnonfilosofisina, vaikka ne lainaavatkin käsitteistöä biologian puolelta. (Ikonen & Rechartt, 1994, 27–28)

Viettiteorian suhteessa masennukseen oleellista on tämä: Eros häiritsee Thanatoksen pyrkimystä rauhantilaan. Psykellä ei ole ärsykesuojaa sitä vastaan. Libidon häiriötä pyritään käsittelemään sitomalla sen energiaa, mikä antaa muotoa libidopyrkimyksille ja poistaa niiden häiritsevyyttä. (Ikonen & Rechartt, 1994, 52, 67) Tyypillisesti libidon pyrkimykset ovat vastakkaisia Thanatoksen kanssa. Häiritsevän libidon tyydyttäminen voi kuitenkin olla myös Thanatoksen rauhanpyrkimyksen mukaista, jolloin parhaimmillaan mielihyvä ja rauha toteutuvat yhdessä. (mnt., 54) Kaikista varhaisin Thanatoksen muoto Ikonen ja Recharttin mukaan ilmenee eräänlaisena ”mustana narsismina”, joka pyrkii täysin häiriöttömään olemiseen. (mnt., 52–53) Musta narsismi pyrkii poistamaan tai lamauttamaan kokonaan tyydyttymättömän ja häiritsevän libidon. Sen kliininen ilmentymä on anakliittinen depressio, syvä lamaannustila. (mnt., 54) Depressiivinen tunne on mahdollista käsittää psyykkistä kipua rauhoittamaan tarkoitetuksi ”talviunenomaiseksi”

pyrkimykseksi. Tällöin se on tulkittavissa yhdeksi Thanatoksen ilmentymäksi; vaihtoehtoiseksi aggression kanssa. Ikonen ja Recharidin mukaan ”depressiivisyyttä voisi nimittää masokistiseksi ja aggressiivisuutta sadistiseksi ratkaisuksi psyykkisen kivun ongelmaan”. Psyykkisellä kivulla tässä tarkoitetaan narsistista tyydyttämättömyyttä. (Ikonen & Recharidt, 1994, 55) Mielenterveystyössä oleellista ja tärkeää olisikin auttaa ihmistä löytämään häiriön aiheuttaja ja vapautumaan siitä sen sijaan, että häntä esimerkiksi pelkääntään autettaisiin purkamaan aggressiotaan, jota Ikonen ja Recharidt pitävät pelkääntään yhtenä Thanatoksen muotona pyrkimyksissä saavuttaa rauhantila ja poistaa elämyksellinen kiusa. (mnt., 57)

Ikonen ja Recharidt haluavat liittää myös häpeän Thanatos-affektina viettiteoriaan ja psykoanalyttiseen käsitykseen masennuksen synnystä. Heidän mukaansa häpeä on alueena jäänyt vähälle tai jopa lyöty laimin psykoanalyysin teoriassa ja myös käytännön työssä. (Ikonen & Recharidt, 1994, 129, 159) Tälle he arvelevat olevan useita syitä: häpeän jokapäiväisen läsnäolon kaikkialla (jolloin se jää erikseen huomaamatta), psyykkisten ilmiöiden lähestymisen sairauskäsitteistä käsin (jolloin häpeää käsitellään oireena, joka on itsen ulkopuolella), sekä psykoanalyysille ominaisen tavan käyttää käsitteitä, jotka suosivat häpeän ohittamista. (Ikonen & Recharidt, 1994, 159) Ikonen ja Recharidin mukaan psykoanalyysi hyötyisi usein merkittävästi häpeän tunnistamisesta ja käsittelystä (Ikonen & Recharidt, 1994, 130). Merkittävänä häpeän psykologian pioneerina he mainitsevat Helen Block Lewisin, jonka mukaan häpeän huomiotta jättäminen psykoanalyysissa on ollut synnä moniin epäonnistumisiin. Häpeä tunnistetaan usein virheellisesti syyllisyydeksi, sillä se muistuttaa sitä kokemuksena. Kuitenkin siinä missä syyllisyys koskee jotakin psyykkistä tai konkreettista tekoa, häpeä koskee koko itseä. Se myös synnyttää raivoa, joka kohdistuu sekä itsen että muihin. Lewisin mukaan häpeälamaannus ja häpeäraivo ovatkin usein ensisijaisempia depression aiheuttajia kuin syyllisyys. (Ikonen & Recharidt, 1994, 131) Häpeään liittyy paitsi halu piiloutua, myös houkutus identiteetin luovuttamiseen, jonka tarkoitus on turvata toisen hyväksyntä (mnt., 131). Itsen kätkeminen ilmaisee toivoa paradoksaalisella tavalla; luopumalla itsestä tai osasta itseä halutaan säilyttää tärkeät toiset ja heidän hyväksymisensä. Jos Thanatosreaktio suuntautuu ennen kaikkea itsen, häpeä muuttuu masennukseksi. (mnt., 143)

3.3.2 Suru ja melankolia

Yksi vanhimpia edelleen tieteellisessä keskustelussa relevantteja tekstejä masennuksesta ja surusta on Sigmund Freudin essee Trauer und Melancholie, englanniksi Mourning and melancholia

(1990/1917). Sen oleellinen sisältö perustuu Freudin kehittämään objektisuhdeteoriaan sekä psyyken rakenteiden malliin, erityisesti egon/minän käsitteeseen. Tässä klassikoksi muodostuneessa kirjoituksessaan Freud määrittelee melankolian sisäänpäin kääntyneeksi vihaksi. Melankolia syntyy, kun ihminen menettää jonkin itselleen merkityksellisen objektin (usein henkilön). Tämä menetyksestä johtuva suru kääntyy syyllisyydeksi ja syyttelyksi omaa minää kohtaan. (Freud, 1990/1917, 584) Objektisuhde pirstaloituu kun objekti, johon libido on suunnattu, menetetään (mnt., 586). Menetettäessä objektisuhde libido suuntautuu takaisin egoon, jolloin ego samaistuu menetettyyn kohteeseen. Melankoliassa tapahtuva itsensä soimaaminen onkin tällöin oikeastaan menetetyin rakkaan objektin syyttelyä. Objektimenetyksestä seuraa egonmenetyks, joka ilmenee melankoliana. (mnt., 586) Tätä Freud nimittää myös ”patologiseksi suremiseksi”. (mnt., 587)

Freud kommentoi myöhemmin teoriaansa kohdelatauksen vaihtumisesta samaistumiseen esseessään *Minä ja ”se”* (1993/1923). Esseessään Freud huomauttaa, että ”siinä vaiheessa [kun Trauer und Melancholie kirjoitettiin] emme vielä kuitenkaan tunteneet tämän prosessin koko merkitystä emmekä tiedäneet, kuinka usein tapahtuva ja tyypillinen se on. Olemme sen jälkeen oivaltaneet, että tällaisella korvaamisella on suuri osuus minän hahmottumisessa, ja että se vaikuttaa olennaisesti siihen, mitä me sanomme luonteeksi.” (Freud, 1993/1923, 138–139) Oraalisessa vaiheessa kohdelatausta ja samaistumista ei voida erottaa toisistaan. Freud arvelee, että myöhemmin sisäistettäessä menetettyjä kohteita itsein, kuten melankoliassa, taannutaan eräällä tapaa oraalisesta vaiheen mekanismiin, joka voi helpottaa kohteesta luopumista tai tehdä luopumisen mahdolliseksi. (Freud, 1993/1923, 139) Eroottisen kohteenvaihtamisen korvaaminen minän muutoksella on myös Freudin mukaan yksi keino hallita idia: ”Kun minä omaksuu kohteen ominaisuuksia, se tavallaan itse tarjoutuu idin rakkauskohteeksi, yrittää korvata sille sen menetyksen kuin sanoen: ’Katso, sinä voit rakastaa minuakin, sillä minähän olen niin suuresti kohteen kaltainen’.” (mnt., 140) Samaistumisilla voi olla myös patologiset seuraukset identifikaatioiden ollessa erilaisia ja repiessä minää eri suuntiin. Freud selittää tällä mm. multipersoonallisuudet, joissa yksi minä ottaa vuoron perään tietoisuuden haltuunsa. (mnt., 140) Ensimmäisten, varhaisimmassa iässä tapahtuneiden samaistumisten vaikutukset ovat yleisiä ja pysyviä (Freud, 1993/1923, 141).

Vihatutkijat DiGiuseppe & Tafrate kuvailevat Freudin teorian mukaista masennuksen syntymallia seuraavasti: merkityksellisen toisen menettäminen saa aikaan yksilössä vihaa ja surua. Yksilö kokee kuitenkin negatiivisten sanktioiden pelkoa vihan ilmaisemista ja tämä saa aikaan masennuksen. (DiGiuseppe & Tafrate, 2007, 186) Freudin teorian mukaisesti siis masennus on toissijaista vihaan nähden, ja kliinisestä masennuksesta kärsivien potilaiden kohdalla on syytä ajatella, että heidän

vihansa on tiedostamaton (mnt., 186). Vastakkainen näkemys tälle on ns. egopsykologian käsitys vihasta depression sivutuotteena (ks. esim. Bowlby, 1961). Freudin lisäksi myös mm. saksalainen psykiatri Emil Kraepelin on vaikuttanut siihen, että vihaa on pidetty merkittävänä osana melankoliaa ja depressiota koko 1900-luvun ajan (DiGiuseppe & Tafrate, 2007, 185). Vihan osuutta masennuksessa on selitetty myös gestalt-teoriassa, jossa masennusta on pidetty estettynä tapana ilmaista vihaa. (DiGiuseppe & Tafrate, 2007, 188)

3.3.3 Psykoanalyttinen hoito

Psykoanalyttisessa perinteessä masennusta kuten muitakin ongelmia hoidetaan psykodynaamisen teorian mukaisilla psykoterapioilla. Tämä voi nykyisin perinteisen täysimittaisen psykoanalyysin lisäksi tarkoittaa myös erilaisia psykodynaamisia lyhytterapioita. (Aalberg, 2009) Psykoanalyttisessa katsantotavassa masennusta sinänsä harvemmin pidetään sairautena, eikä sitä myöskään kohdella sellaisena. Siri Erika Gullestad korostaa sitä, ettei psykoanalyttinen perinne tee selvää jaottelua ”normaalin” tai ”epänormaanin” välillä, eikä sellaisenaan myöskään ”normaalin” ja ”kliinisen” masennuksen välillä (Gullestad, 2003, 130). Tämän vuoksi psykoanalyttinen perinne ei käytä mitään selkeitä diagnostisia kriteerejä eikä hoito myöskään tähtää *paranemiseen* siinä mielessä kuin muiden hoitomuotojen kohdalla voidaan ajatella. Elizabeth Roudinescon mukaan tutkittaessa eri terapiamuotojen toimivuutta psykoanalyysissa käyneet ihmiset ovat harvoin raportoineet parantuneensa vaan pikemminkin muuttuneensa⁴. Tätä Roudinesco pitää myös syynä sille, miksi psykoanalyysi on joissakin kliinisissä tutkimuksissa todettu tehottomaksi. Hänen mukaansa tehokkuustutkimukset perustuvat empiiriselle periaatteelle, joka ei sovellu hoitotilanteeseen. (Roudinesco, 2000, 34)

Psykoanalyttisen terapian tarjoama muutos perustuu pitkälti *tiedostamattomaan* ja sen sisällön tuomiseen tietoiseksi erityisillä menetelmillä. Potilaan ja terapeutin välinen transferenssisuhde on erityisen merkittävä tässä prosessissa. (Aalberg, 2009) Terapian tavoitteena on purkaa potilaalle ajan kuluessa syntyneitä dissosiaatioita ja tarjota korjaavia kokemuksia varhaislapsuudessa tapahtuneille menetyksille ja vääristymille kehityksessä.

⁴Joskin muutoksen toki raportoitiin vaikuttaneen positiivisesti psykoanalyysissa käyneiden oloon ja esimerkiksi sosiaalisiin suhteisiin.

4 Antipsykiatrinen kritiikki

Esittelemäni masennuksen tieteelliset määrittelytavat eivät tietenkään edusta tieteellistä keskustelua kokonaisuudessaan⁵. Tarkasteltaessa asiaa on mielestäni yhtä lailla syytä suunnata katse niihin vastakkaisiin huomioihin, joita mielenterveyden teorioista on esitetty myös tieteellisen keskustelun sisällä. Kutsun näitä kriittisiä puheenvuoroja ja kritikoita tässä tutkielmassa antipsykiatriseksi koulukunnaksi, vaikka nimitystä ei tulekaan ottaa kirjaimellisesti – mitään yhtenäistä perinnettä tai tieteenalaa nimeltä antipsykiatria ei tietenkään ole olemassa. Keskustelu perustuu psykiatrisen tieteen kriittiseen arviointiin, ja sitä käydään monilla tieteenaloilla. Tyypillisesti näkyvimmat kriitikot ovat itse olleet psykiatreja; näin on ainakin Laingin (1971), Szaszin (2007) ja Anderssonin (2003) kohdalla. Kritiikkiä ovat esittäneet myös sosiaalitieteilijät (esim. Rose, 1990, Eskola, 1985), etenkin sosiaalisen konstruktionismin edustajat (Gergen, 1999), ja myös psykologit sekä psykoanalyttisesta (Roudinesco, 2000) että kognitiivisesta (Leventhal & Martell, 2007) perinteestä. Keskustelua käydään myös varsinaisen tieteen ulkopuolella (ks. esim. Tuomainen & Myllykangas & Elo & Rynänen, 1999). Vielä sekin on ”koulukunnasta” sanottava, että mainitsemani teoreetikot ovat myös avoimesti kritisoineet toisiaan kirjoituksissaan (ks. esim. Szasz Laingista, 2007, 40–41). Tässä luvussa käsittelen lähinnä tyypillisiä näkemyksiä ja argumentteja, joita antipsykiatrisessa kirjallisuudessa yleensä on esitetty.

4.1 Medikalisaatio ja psykokulttuuri

Antipsykiatrisen kritiikin yksi keskeisiä termejä on medikalisaatio. Se tarkoittaa lääketieteellistymistä, sitä, että yhteiskuntaan ja elämään liittyvistä ilmiöistä, etenkin ongelmista, tehdään lääketieteellisen orientaation kohteita muuttamalla ne diagnosoitaviksi sairauksiksi. Samalla tavalla puhutaan arjen psykologisoitumisesta, jolloin ihmisiä ja asioita tarkastellaan psykologisten ilmiöiden kautta ja tilanteet tulkitaan ”terveiksi” ja ”sairaiksi” esimerkiksi oikean ja väärän sijaan (Saastamoinen, 2006b, 162). Tätä arjen psykologisoitumista nimitetään myös psykokulttuuriksi. Psykologia on tieteenalana tuore mutta suhteellisen näkyvä. Siitä on lainattu arkipuheeseen sellaisia yleisesti käytettäviä käsitteitä kuin vaikkapa *hysteerinen*, *neuroottinen*, *alitajunta* ja *masennus*. Yleinen esimerkki medikalisaation kohteiksi päätyneistä ilmiöistä viime vuosikymmeniltä ovat erilaiset riippuvuudet, jotka on ensin kirjattu oireyhtymiksi tietyin

⁵Kyse tässä tutkimuksessa, kuten aina tieteen tekemisessä, on valinnoista. Olen valinnut tutkimukseeni esiteltäväksi mielestäni yleisimmät ja institutionalisoituineimmat teoriat masennuksesta, enkä millään tapaa yritä esittää, että nämä olisivat ainoat vaihtoehdot tai kattaisivat koko keskustelun aiheesta.

oirekriteerein ja joihin sitten on kehitetty erilaisia lääketieteellisiä, jopa lääkkeellisiä kuntoutus- ja hoitomuotoja. Erityisesti psykiatrinen professio on kasvanut räjähdysmäisesti viimeisen vuosisadan aikana. Kenneth J. Gergen (1999, 39) arvioi, että pelkästään Yhdysvalloissa mielenterveyden ammattilaisten määrä on sadassa vuodessa kasvanut 400 henkilöstä 40000:een. Tämä selittyy hänen mukaansa ns. kasvavalla sairaalloistumisella: kun mielenterveyden ammattilaiset julistavat totuuksiaan erilaisista toimintahäiriöistä, ne siirtyvät pikkujalaksi osaksi koulutuksen ja median diskursseja. Tämän seurauksena ihmiset alkavat mieltää itseään psykiatrisin termein ja hakeutuvat alan ammattilaisten hoitoon ongelmiansa ratkaisemiseksi. Tarvitaan lisää ammattilaisia, jotka kehittävät lisää diagnooseja ja termejä, ja kehä on valmis. (Gergen, 1999, 40)

Antipsykiatrisen koulukunnan edustajat ovat kritisoineet erityisen voimakkaasti mielenterveysongelmien diagnostiikkaa. Masennusdiagnoosi on verrattain tuore. Ensimmäiset sairausluokitukset vuodelta 1840 eivät vielä tunteneet depressiota, vaan se, kuten muutkin mielenterveyden ongelmina pidetyt sairaudet ilmestyivät kirjallisuuteen vasta psykologian ja psykiatrian kehittymisen jälkeen 1930-luvulla. (Gergen, 1999, 39) Se mitä hulluutena pidetään alettiin ylipäättään käsittää ”aivojen sairaudeksi” vasta 1800-luvulla (Andersson, 2003, 17). R.D. Laing arvostelee teoksessaan *Pirstoutunut minuus* (1971, 12–13) psykiatrian käyttösanoista siitä, että se on itsessään pirstovaa (ruumis-sielu, psyyke-keho, psykologinen-fyysinen jne.). Diagnostiikka ja muuttaminen käsitteiksi eivät hänen mukaansa edistä ilmiöiden ymmärtämistä, vaan redusoiivat yksilöt ihmisten sijaan elimistöiksi, jotka ovat kokonaan erilaisten tavoitteiden kohteita kuin ihmisiksi miellettyinä olisivat. (Laing, 1971, 16) Diagnostiikkaa on arvosteltu myös tietynlaisesta epämääräisyydestä; enemmän kuin varsinaisiin oireisiin, ne perustuvat merkkeihin ja mielialoihin. Biologisen näytön puuttuessa on mahdotonta tehdä erotteluita ”oikeasti” masentuneiden ja niiden välillä, jotka vain jakavat samankaltaisia kokemuksia. Koska masennus on tunnettu ja hyväksytty myös arkipäivän ilmiönä, on ”normaalin” ja ”kliinisen” masennuksen raja jokseenkin mielivaltaisen. (Pilgrim & Bentall, 1999, 263)

Tiivistettynä: antipsykiatristen näkemysten mukaan psykiatriset teoriat depersonalisoivat kohteitaan. Laing puhuu ”halventamisen sanastosta”, jossa lähtökohtana on standardi-ihmisen normi, johon mieleltään sairas yksilö ei yllä (Laing, 1971, 21). Myös Elizabeth Roudinesco nimeää ongelmaksi medikalisoituneessa lähestymistavassa subjektin katoamisen, joka hänen mukaansa määrittää paitsi psyykelääkkeiden määräämistä, myös muuta psyykkiseen kärsimykseen kohdistuvaa toimintaa. (Roudinesco, 2000, 18) Roudinescon mukaan biolääketieteen kohteena ihmisen ainutlaatuinen subjektius katoaa. Häntä kohdellaan ”nimettömänä, tiettyyn orgaaniseen

kokonaisuuteen kuuluvana olentona. Sulautuneena yhdenmukaiseen massaan potilas vain toteaa saaneensa aina saman lääkereseptin riippumatta siitä, mitkä hänen oireensa ovat.” (mnt., 18) Reseptin saanut potilas kuitenkin tyypillisesti etsii myös toisenlaisia ratkaisukeinoja kärsimyksensä, ja hakeutuu terapiaan, jonka arvelee paremmin sopivan identiteettinsä tunnistamiseen. Tätä Roudinesco nimittää kahden rinnakkaisen lääketieteen haaran labyrinttiin eksymiseksi. (mnt., 18)

Erityisesti lääketiedettä sairausparadigmoineen on kritisoitu siitä, että se käsittää ihmisen luonnontieteellisen tutkimuksen kohteena, vaikka lähestymistapa on mahdoton. Antti Eskolan (1985, 33) mukaan ”sosiaalisille ilmiöille ei löydy vastineita siltä tasolta, jolla luonnontieteilijä operoi”. Kyse on aina jollakin tapaa kollektiivisista representaatioista. Sosiaalitieteellisesti tärkeä ajatus on myös se, että tieteelliset teoriatkin ovat kognitiivisia konstruktioita, jotka ohjaavat havaitsemista. (Eskola, 1985, 16, 28) Eskola antaa myös esimerkin psykotieteellisestä kehäpäätelmästä: huomataan ensin esimerkiksi, että tietynikäisillä ihmisillä esiintyy tietynlaisia oireita. Todetaan, että ilmiö on iälle tyypillinen, ja nimetään se keski-ikäisen kriisiksi, jonka jälkeen tätä aletaan jatkossa käyttää selityksenä tietynikäisten ihmisten tietynlaisille oireille. (Eskola, 1985, 115)

Gergenin mukaan sairausluokitukset vapauttavat jossain määrin yksilöitä vastuusta. (Gergen, 1999, 41) Toisaalta sekä arkipäiväiset masennuskäsitykset että lääketieteelliset oirekuvaukset keskittyvät etsimään syytä yksilöstä aina dna-tasolta saakka. Psykiatrian oppikirjassa tähdennetään, että ”diagnoosi annetaan aina vain yksilölle, ei parisuhteelle, perheelle tai ryhmälle” (Lönqvist & Lehtonen, 2007, 14). Onkin jokseenkin läntisen modernismin ajatus, että ”mieli” sijaitsee ihmisen sisällä, ja ”maailma” tämän ulkopuolella. (Gergen, 1999, 74) Psykokulttuuri ohittaa yhteiskunnalliset ja sosiaaliset kontekstit. Ratkaisuna alakuloisuuteen, stressiin ja ahdistukseen tarjotaan terapeutista orientaatiota, jolloin ilmiöitä ei tarkastellakaan sosiaalisina vaan pelkästään emotionaalisina ongelmina. (Saastamoinen, 2006b, 160) Saastamoinen kirjoittaa, että ”kun psykologiset professiot tarjoavat välineitä, joilla ihmisten itsereflektion taidot kohentuvat ja itsetuntemus lisääntyy, löytävät ihmiset yhä enemmän vikoja, traumoja, neurooseja, kätkeytyjä myrkyttyneitä tunteita sisimmästään” (Saastamoinen, 2006b, 161). Psykokulttuurin kritiikki ei kohdistukaan pelkästään psykofarmakologiaan. Myös psykoanalyttista ja kognitiivista masennuksen hoitoa on arvosteltu psykologisesta reduktionismista ja ”uhrin syytelystä”. (Pilgrim & Bentall, 1999, 272) Pilgrim ja Bentallin mukaan masennuksen käsittelemiseen tarvitaan ennen kaikkea holistinen lähestymistapa, joka ottaa huomioon eri tieteenalojen malleja masennuksesta sekä erityisesti sosiologiset ja sosiaalipsykologiset näkemykset ympäristön, kuten työolojen,

työttömyyden ja kulttuurin merkityksistä. (Pilgrim & Bentall, 1999)

Eräs näkyvimmistä antipsykiatrian edustajista tieteellisessä keskustelussa on ollut psykiatri Thomas Szasz, joka on 60-luvulta (ks. esim. Szasz, 1961) saakka vastustanut kirjoituksissaan kovin sanoin erilaisia psykiatrisia käytäntöjä kuten diagnostiikkaa ja etenkin pakkohoitoa. Teoksessaan *Coercion as cure* hän vertaa kärjekkäästi psykiatria historioineen kristillisen lähetystyön historiaan, argumentoiden molempien peittävän tosiasialliset asenteensa välittämisen ja myötätunnon julkisivun taakse. (Szasz, 2007, xi) Szaszin mukaan *mielisairaus* konseptina on myytti ja lääkäreiden konstruoima, ja yritykset hoitaa sitä lumetta (Szasz, 2007, xiii) Szaszin mukaan hoidoissa toistellaan muodikkaita kliseitä kuten ”kemiallinen epätasapaino” ja ”turvallinen ja tehokas”, joille ei ole erityistä kliinistä näyttöä (Szasz, 2007, xiii, 136) Mielisairauden konseptin lisäksi Szasz pitää *hulluutta*, *tervejärkisyyttä* ja *mielenvikaisuutta* tilojen sijaan rooleina (Szasz, 2007, 26). Hän arvostelee psykiatrian diagnostiikkaa mainitsemalla, miten hänen ollessaan nuori psykiatri erilaisia diagnooseja tai tauteja oli vain kourallinen, ja miten niitä nyt on yli kolmesataa, joista yhtäkään ei löydetty, vaan ne kaikki keksittiin (mnt., 59). Szaszin mukaan diagnosoimalla masennus ”normaaliksi reaktioksi” esim. vanhainkodeissa kielletään samalla sen merkitys merkittävänä kokemuksena (mnt., 199–200). Hän nimittää psykofarmakologiaa hallinnon välineeksi, jolla palvellaan paitsi psykiatrissa professiota, myös lääkelaitoksia, joista kumpaakin hän pitää valtiollisina toimijoina (mnt., 174) Szaszin mukaan kestämaton ja vaiettu on myös ristiriita, joka syntyy siitä, että esimerkiksi masennusta hoidetaan kyseenalaistamatta monin eri ”terveydenhoidoksi” hyväksytyin menetelmin; siis samaa ”aivosairautta” esimerkiksi sähköshokein, lääkkeellisesti, keskusteluterapialla tai delfiiniterapian avulla. Eri hoitomuodot perustuvat kuitenkin erilaisiin teorioihin ongelman syistä. (mnt., 148, 150) Erityisen jyrkkä Szasz on pakkohoidon ja lastenpsykiatrian suhteen, joita hän pitää tahdonvastaisuuksissaan suoranaisena pahoinpitelynä tai sadismina. Hänen mukaansa lääketieteen ja psykiatrian erottaa toisistaan nimenomaan pakottaminen (coercion). (Szasz, 2007, 66, 206, 227)

4.2 Lääketieteellinen vallankäyttö

Psykiatriseen diagnostiikkaan liittyy aina asiantuntijavallan käyttöä. Tämä todetaan tuleville lääkäreille kohdistetussa psykiatrian oppikirjassakin. (Lönnqvist, 2007, 47) Vallasta ja tarkkailusta on kirjoittanut erityisesti ranskalainen filosofi Michel Foucault, joka lanseerasi myös *biovallan* käsitteen (ks. esim. Foucault, 1998). Lääkärit ammattikuntana tekevät päivittäisellä tasolla

päätöksiä siitä, ovatko ihmiset kykeneviä vaikkapa tekemään työtään, asumaan kotonaan tai suorittamaan asepalveluksen. Foucault'laisittain tämä tekee yksilöistä ja näiden ruumiista lääketieteen kautta poliittisen tarkkailun ja kurinpidon kohteita. Teoksessaan Tarkkailla ja rangaista (1980, 39) Foucault kirjoittaa: ”Ruumis kuuluu suoraan myös poliittiseen kenttään, sillä vallan haltijat voivat välittömästi kohdistaa siihen omia tavoitteitaan ja merkitä sen”. Varsinkin masennusta voidaan pitää taloudellisen hyötyjärjestelmän kannalta epäedullisena tilana, jonka oireet on saatava korjattua, jotta ihmiset palaisivat töihin mahdollisimman nopeasti. Psykologian kehitys ja psykoterapian hyväksyminen vakuutuksen piiriin 1900-luvun puolivälissä siirsivät monopolia jonkin verran pois psykofarmakologialta, mikä esim. Leventhalin ja Martellin (2006, 15) mukaan aiheutti kitkerää vastustusta lääketieteen taholta. Edelleen kuitenkin virallisia päätöksiä mielenterveyskysymyksistä tekevät psykiatrit, eivät psykologit.⁶

Antipsykiatrisen ajattelutavan mukaan psykiatrisella professiolla on yhteiskunnassa myös tietty ”puhtaanapitotehtävä” (Andersson, 2003, 33), joka tarkoittaa sitä, että kaikki liiaksi yleisestä taksonomiasta poikkeava ja epänormaali siivotaan piiloon. Kuolema ja sairaus on sisäistetty yksilöön ja siirretty laitoksiin näkymättömiin arkipäivästä. Hulluuden pelko ja mielisairaiden aiheuttama ”yhteiskunnallinen vaara” ovat osa tätä prosessia (Foucault, 1988, 73). Foucaultin mukaan kaikki yksilöä valvovat instanssit toimivat kahdella tavalla: ne käyttävät binaarista jakoa (esim. hullu-tervejärkinen) ja toisaalta eriyttävää, karkoittavaa jakoa (Foucault, 1980, 272). Mielisairaat ja rikolliset yksilöidään poikkeamien kautta paremmin kuin normaalit ja rikkeettömät (mnt., 263). Foucaultin mukaan erityisesti psykotieteiden kehittyminen on muuttanut merkittävästi ihmisiä yksilöitymisprosessien kohteeksi (mnt., 264). Myös Nikolas Rosen mukaan psyykentutkimuksesta ja psykoterapian alasta on muutaman vuosikymmenen aikana tullut monikanavaisen poliittisen vallan väline siitäkin huolimatta, että psykoterapia ja sen harjoittajat kielenkäyttöineen vaikuttavat olevan kaukana politiikan ja vallankäytön teemoista (Rose, 1990, 213, 217).

Keskustelua vallankäytöstä ei tule ymmärtää väärin: kiistatta lääketieteellisen profession ja pakkolaitostenkin tarkoitus on auttaa ja parantaa ihmisiä ja lieventää inhimillistä kärsimystä. Kysymys onkin siitä, etteivät ne voi tehdä sitä toteuttamatta samalla tiettyä normalisoivaa valtaa.

⁶ Hiljattain Kelan tuetusta psykoterapiasta myös poistui harkinnanvaraisuus; psykoterapeuttista kuntoutusta on jatkossa tarjottava, mikäli lääkäri katsoo sen aiheelliseksi. Tämä on jo nyt nostanut myönnettyjen kuntoutusten määrää alkuvuodesta 2011 (Helsingin Sanomat: Psykoterapiaan pääsee yhä useampi, 22.3.2011).

(Foucault, 1980, 423) Itse asiassa näiden teorioiden valossa on yhdentekevää, millaiset näkemykset yksittäisellä lääkäriellä on tai miten empaattisesti hän yrittää potilastaan ymmärtää, sillä valta ei ole hänessä yksilönä vaan osana koneistoa. Unohtaa ei sovi myöskään, että Foucault'laisessa vallan rakenteessa myös koneisto itsessään on valvonnan kohteena. Valtaa ei sinänsä pidäkään käsittää jonakin, mitä yksilöt omistaisivat, vaan ilmiönä, joka on olemassa hierarkioissa ja rakenteissa, ja jota yksilöt vain käyttävät. (Foucault, 1980, 41)

4.3 Psykelääkkeiden kritiikkiä

Erityisesti medikalisaatiota on kritisoitu siitä, että se mahdollistaa kokonaisen miljardibisneksen sairauksien ja etenkin mielisairauksien ympärille, josta eniten hyötyvät lääkelaitokset. Masennuksen lääkehoito on ollut yksi kuumimpia perunoita tieteellisissä keskusteluissa. Masennuksen asettamista somaattiseksi häiriötilaksi, jota pyritään korjaamaan lääkkeillä, on pidetty ongelmallisena. Antipsykiatrisen katsantotavan mukaan tämä paitsi tekee yksilöistä lääketieteellisen kurinpidon kohteita, myös tekee masennuksesta valtavan bisneksen, jonka perimmäinen tarkoitus ei enää välttämättä olekaan ihmisten auttaminen tai elämänlaadun kohentaminen. Kognitiivisten psykologien Allan M. Leventhalin ja Christopher R. Martellin mukaan kliinisissä tutkimuksissa saadut faktat eivät vastaa niitä väittämiä, joita masennuksesta esitetään, aina niinkin yleisestä hokemasta kuin *masennus on aivokemiallinen epätasapainotila* lähtien, vaan ne perustuvat usein reduktionistisiin kehäpäätelmiin. (Leventhal & Martell, 2006, 7, 30)

Keskusteluissa masennuksen fysiologiasta on usein tehty analogioita diabetekseen, vaikka insuliini ja psykelääkkeet eivät Leventhalin ja Martellin mukaan ole toisiinsa verrannollisia edes toimintamekanismeiltaan. Masentuneilla ihmisillä on todettu tiettyjen aivojen välittäjäaineiden vajausta, ja päätelty tämän olevan masennuksen perimmäinen syy, vaikka samalla ei ole saatu minkäänlaisia defintiivisiä tuloksia siitä, että huolehtimalla näiden välittäjäaineiden tasosta masennusta voitaisiin ehkäistä. (Leventhal & Martell, 2006, 23, 36) Leventhal ja Martell peräänkuuluttavat sen myöntämistä, että mielenterveyskenttä on edelleen hyvin nuori, jossa epätietoisuutta on enemmän kuin tietoa. Biologisten seikkojen vaikutus mielisairauksien syntyyn on myös edelleen kiistanalaista ja epäselvää. (Leventhal & Martell, 2006, 8, 25) Myös Antti Eskolan mukaan ”yritys poistaa harhoja tai masennusta lääkeainein voi johtaa arveluttaviin tai jopa kammottaviin seurauksiin, jos psyyken ilmiöitä tulkitaan ja selitetään harhoiksi tai masennukseksi vain lääkitsijän oman arkikäsitteiden nojalla, ilman näiden käsitteiden syvällistä teoreettista erittelyä” (Eskola, 1985, 33).

Masennuksella on todella voitu todeta aivokemiallisia vaikutuksia. Niin on voitu todeta myös psykoterapialla, meditaatiolla tai reippaalla kävelyllä ulkoilmassa (Leventhal & Martell, 2006, 37). Myös esimerkiksi traumat aiheuttavat usein aivokemiallisia muutoksia, mutta aivokemiaa ei tällöin voida pitää trauman aiheuttajana, eikä traumaa hoideta aivokemian säätämällä (Leventhal & Martell, 2006, 29). Leventhalin ja Martellin mukaan vain vaikeasta ja erittäin vaikeasta masennuksesta kärsivien on todettu hyötyvän lääkehoidosta. Erityisesti tutkimuksilla, joissa on käytetty ns. aktiivista plaseboa (lumelääkettä, jolla on oikean lääkkeen sivuvaikutuksia jäljittelevä vaikutus) on voitu todentaa, ettei lääkkeellä ole lumelääkkeeseen nähden ylivaltaisia vaikutuksia. (mnt., 38) Teoriaa aivokemiallisesta epätasapainosta masennuksen aiheuttajana ei tue sekään huomio, että masennus on yleistynyt toisen maailmansodan jälkeen hurjasti. Leventhal ja Martell (2006, 57) kysyvätkin ”onko 1900-luvulla ilmaantunut jokin geneettinen mutaatio, joka on kiihdyttänyt ryöpyn kemiallisia epätasapainoja?”. Kulttuurintutkija Stuart Hallin ajattelua mukailien masennuksen ankkuroiminen biologisiin ja geneettisiin selitysmalleihin voi toimia *luonnollistamiseksi* kutsuttuna identiteettipoliittisena strategiana, jonka tarkoitus on kiinnittää eroja ja siten varmistaa niiden pysyvyys ainiaaksi. (Hall, 2002, 169)

Lääketieteelliseen sairausparadigmaan on liittynyt myös väärinkäytöksiä, joista räikeimmät ovat nousseet tapetille viime vuosina kun asiaan on alettu kiinnittää huomiota ja Yhdysvaltojen oikeuslaitos on alkanut käsitellä lääkelaitosten lääkäreille antamia lahjuksia. Lääkkeitä myös markkinoidaan aggressiivisesti. Numeroina: vuonna 2000 lääketieteellisyys käytti voitoistaan vain 14 % tutkimukseen, ja jopa 31 % hallintoon ja markkinointiin. (Leventhal & Martell, 2006, 28, 41) Lääketieteellisuutta on myös syytetty tutkimustulosten vääristelystä: kahdeksasta samaa lääkettä koskevasta tutkimuksesta on saatettu mainita vain ne kaksi, jotka ovat tuoneet lääkkeen markkinoinnin kannalta positiiviset tulokset. Myös esim. Pfizerin tuotteista tehdyt ”hyvät tutkimukset” ovat usein olleet Pfizerin rahoittamia. Vääristelysyytöksestä käy väite siitäkin, että lääkelaitokset eivät välttämättä näpelöi tuloksia, mutta ”kysyvät oikeita kysymyksiä”. (Leventhal & Martell, 2006, 40–43) Tieteen integriteettiä onkin alettu suojella lakien ja julkaisuvaatimusten avulla (mnt., 48–50), mutta erilaista sponsorointia ja yhteistyötä lääkärin ja lääketieteellisuuden välillä esiintyy yhä. Lääkäreiden ”jatkuva koulutus” on myös Leventhalin ja Martellin mukaan yksi tapa markkinoida lääkkeitä (mnt., 42).

Yksi antipsykiatrisen koulukunnan perusteemoista on myös ihmiskunnan ja tieteen taipumus sokeutua muille kuin vallitseville paradigmoille. Esimerkiksi masennusta ja hulluutta selitettiin vuosisatojen aikana lukemattomin eri tavoin, vaikkapa magian ja uskonnon keinoin, ennen kuin

päädyttiin nykyiseen yleistyneeseen malliin masennuksesta somaattisiin sairauksiin verrannollisena oireyhtymänä. Antipsykiatrisen näkemyksen mukaan kriittisyys vallitsevien totuuksien suhteen on kuitenkin ehdottoman tärkeää. Tiede ja lääketiede hylkäävät kaiken aikaa vanhoja keksintöjään hyödyttöminä ja jopa vaarallisina, joten voitane kysyä miksi nykyhetki olisi jokin erityinen poikkeus. Lääkkeiden markkinointistrategiaan kuuluu se, että uudet lääkkeet tuodaan markkinoille aina ”parempina ja turvallisempina” (Leventhal & Martell, 2006, 28), samalla perustellen niiden korkeat hinnat. Yhtä aikaa poistetaan markkinoilta aikaisempien sukupolvien (silloin parempia ja turvallisempia) tehottomia ja haitallisia lääkkeitä. Masennusta on hoidettu aikoinaan myös esimerkiksi barbituraateilla ja huumausaineilla. Monet psykelääkkeistä on myös keksitty ”vahingossa” (esim. liuottimien sivutuotteina), mikä ei tietenkään tee niistä sinänsä huonoja tai käyttökelvottomia, mutta on tieteellisesti latvasta puuhun etenemistä: niiden hyvät vaikutukset perustuvat oletuksille. (Leventhal & Martell, 2007, 34)

5 Sosiaalitieteellistä masennuskeskustelua

Masennus yhteiskunnallisena ilmiönä on myös sosiaalitieteellisen kiinnostuksen kohde. Lähestymistapoja on useita, eikä suhtautuminen ilmiöön ole samalla tavalla yhtenäistä kuin monilla muilla tieteenaloilla. Sosiaalitieteilijät eivät välttämättä tutkimuksissaan ota kantaa masennuksen syihin tai sen statukseen sairautena tai mielenterveyden häiriönä. Sen sijaan tutkimuksissa on erityisesti oltu kiinnostuneita masennuksen merkityksestä identiteetin muutoksissa. Usein tutkimus on ollut narratiivista. Etenkin sosiaalipsykologiassa ollaan tyypillisesti masennuksen määrittelytapoja enemmän kiinnostuneita siitä, millaisia merkityksiä masennuksesta kärsivät itse antavat masennukselleen ja millaisia tarinoita he siitä itselleen luovat. Sairauskertomusten tutkimuksen klassikkoteoksena pidetään sosiologi Arthur W. Frankin väitöskirjaa *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics* (1995).

Varsinkaan sosiaalisessa konstruktionismissa mitään masennuksen määrittelytapaa ei tarkastella sen oikeampana tai väärempänä kuin toista. Sosiaalinen konstruktionismi katsantotapana ei ole kiinnostunut ”totuuksista”, vaan niistä tavoista joilla totuuksia muodostetaan, yhteyksistä joissa niitä ilmaistaan ja siitä, miten ne sulkevat ulos toisia totuuksia. Masennuksesta alan teoreetikko Kenneth J. Gergen toteaa näin:

”Tarkastellaan esimerkiksi masennusta, ”mielenterveyden häiriötä” jonka sanotaan nyt iskevän yhteen ihmiseen kymmenestä. Nykykäsityksen mukaan masennus ei ole yksilöllinen häiriö; yksilö ”suorittaa masennusta” [does depression] kulttuurisesti ymmärrettävänä toimintana suhteen kontekstissa.” (Gergen, 1999, 137)

Sosiaalisen konstruktionismin kannalta merkittäviä ovat siis ne kulttuurisesti hyväksyttävät tavat, joilla masennusta on mahdollista toteuttaa. Monella tapaa myös omassa tutkimuksessani on kyse nimenomaan tästä; niiden identiteettien rajoista, joiden puitteissa on sallittua olla tai sanoa olevansa masentunut.⁷

Masennuksen ja identiteetin yhteyttä tutkinut David A. Karp on tarkastellut ilmiötä erityisesti symbolisen interaktionismin kautta. Hänen mukaansa masennuksen syihin ja syntyyn on kohdistettu paljon tutkimusta, mutta masennuksen subjektiivinen kokemus on jäänyt tieteessä merkittävästi vähemmälle huomiolle. (Karp, 1994, 6) Karp käsittelee masennuksen kokemista eräänlaisena ”sairastamisen urana” tai elämänkaarena (illness career), jonka avulla yksilöt pyrkivät järjestämään ja järjeistämään kokemustaan ja elämäntilannettaan (Karp, 1994, 6). Karpin kiinnostuksenkohteet tutkimuksessa ovat olleet monella tapaa samanlaisia kuin omani; erityisesti Karpin tutkimat identiteettipositiot ja niistä toiseen siirtyminen kertomuksen sisällä risteävät voimakkaasti tämän tutkimuksen fokuksen kanssa, joskin olen kenties Karpia halukkaampi tarkastelemaan asiaa myös identiteettipolitiikan ja vallankäytön näkökulmista. Karpin mukaan suurin osa niistä, jotka kokevat alakuloa silloin tällöin, eivät kuvaile itseään masentuneiksi. Toiset kuitenkin käyvät läpi prosessin, joka saa nämä nimeämään ikävät tunteensa epänormaaleiksi ja terapeutista interventiota vaativiksi. Karp toteaaakin masennusta usein nimitetyn minuuden sairaudeksi ja kroonisen sairastamisen vaativan jatkuvia oman itsen uudelleenarviointeja. Masennuksesta kärsivät kokevat usein minuutensa epäonnistuneen ja vaativan korjaamista tai jopa korvaamista toisenlaisella minuudella. (Karp, 1994, 7) Sairauden urille/elämänkaarille ovat erityisen ominaisia *kriittiset käännekohdat identiteetissä* (mnt., 8).

Ranskalainen sosiologi Alain Ehrenberg on teoksessaan *The weariness of the self: diagnosing the history of depression in the contemporary age* (2010) luonnehtinut masennusta ”suuruuden

⁷Soveltaessani sosiaalisen konstruktionismin periaatteita tiedostan toki myös samalla sen, että yhteiskuntatieteilijänä minun on syytä valita sanani tarkkaan. Ei ole yhdentekevää, mitä nimitystä masennuksesta tutkimuksessani käytän, tai viittaanko siihen kasuaalisti ”sairautena”, ”häiriönä” tai ”elämäntapana”.

patologiaksi” (pathology of grandeur). Hän sanoo lähestyvänsä masennusta asenteena, ajattelutapana johon liittyy vahvasti erilaisia sosiaalisia käytäntöjä ja representaatioita itsestämme yhteiskunnassa, jossa itsenäisyyteen ja riippumattomuuteen liittyvät arvot ovat yleistyneet. (Ehrenberg, 2010, xxx) Ehrenberg käy teoksessaan läpi kautta aikojen eri tieteenaloilla käytyä keskustelua ja esittää kriittisiä kysymyksiä liittyen mm. masennuksen vertaamiseen somaattisiin sairauksiin: ”onko reilua kuvaannollisella sen paremmin kuin moraaliselkakaan tasolla tarkastella vakavan psykiatrisen häiriön vaikutuksessa olemista samana, kuin diabeteksen vaikutuksen alla olemista? Pitäisikö diabetesta tarkastella elämäntapana?” (Ehrenberg, 2010, xxi). Toisaalta kriittisiä huomioita saa myös antipsykiatrinen liike. Ehrenberg kutsuu diagnostiikan (DSM) arvostelua ”ehtymättömäksi kirjallisuusgenreksi” sekä Ranskassa että Yhdysvalloissa (mnt., xxvii). Hän ottaa kuitenkin kantaa lääketieteelliseen terminologiaan kommentoimalla ”sairauden” vaihtumista ”häiriöön”. Hänen mukaansa uusi termi oli paitsi loogisempi, antoi myös äärettömät mahdollisuudet epätarkkuuteen (mnt., 157–158). Ehrenbergille masennuksen kehitys historiasta nykypäivän yleisyyslukemiin on kuitenkin yksinkertainen: yhteiskunnallinen vapautuminen on päästänyt yksilöt syyllisyyden ja tottelevaisuuden draamasta, mutta johdattanut suoraan vastuullisuuden ja toiminnan vaatimukseen. Tämän seurauksena entisaikojen neuroottinen ahdistus on vaihtunut nykypäivän masennuksen uupuneisuuteen. (Ehrenberg, 2010, 229) Masennus Ehrenbergille on parannuskelvoton sairaus ja esimerkiksi kaiken parantaviksi uskotut antidepressantit vain laastariratkaisuja siihen. Elämästä on tullut krooninen identiteetin sairaus. Ehrenbergin mukaan ”kaikkea voidaan hoitaa, mutta emme enää tiedä mikä voidaan parantaa. Parannus onkin aina kompromissi”. (Ehrenberg, 2010, 189, 201)

Jukka Tontin väitöskirjatutkimuksen nimessä masennusta luonnehditaan ”suruna ilman syytä”. Tutkimuksen haastateltavat määrittelevät masennuksen ennen kaikkea elämäntilanteena ”paineen ja puutteen välissä”. Tontti toteaa myös, että länsimaissa surun ja kärsimyksen tunteille ei ole ideologista ankkuria, joka on johtanut siihen, että niitä pidetään kiusallisina ja sairaalloisina. (mnt., 119, 138) Tontin mukaan erityisesti julkisten masennuskertomusten (esim. Neil Hardwick) tietoinen tavoite onkin ollut stigman lievittäminen masennuksen medikalisaatiolla: hyväksymisellä lääketieteelliseksi sairaudeksi (Tontti, 2000, 137). Tontin oma tavoite taas on ollut luoda kuva masennuksesta ilmiönä, jota ei tarkastella yksilön sairaustilana erilaisten oireiden taustalla. (Tontti, 2000, 5–6) Masennuksen syyselityksiä voidaankin pitää sosiaalitieteellisesti relevantteina tutkimuskohteina, sillä Tontin mukaan ”kaikissa mielenterveyspalveluiden muodoissa ongelmien oletetut syyt määrittävät hoitomenetelmien käytön ja myös päinvastoin” (em., 11). Kun johonkin ongelmaan keksitään ja tarjotaan hoitoja, määritellään samalla väistämättä myös kyseisen ongelman

syitä (Tontti, 2000, 13).

Sosiaalipsykologisesti relevantteja teorioita, jonka valossa masennusta määritellään ja hoidetaan, voi olla myös mm. interpersoonallinen teoria. Interpersoonallinen teoria keskittyy erityisesti ihmissuhteiden osuuteen masennuksen synnyssä. (Ks. esim. Psykiatria, 2007) Myös Brownin ja Harrisin malli masennukselle altistavista/haavoittavista kokemuksista ottaa huomioon erityisesti sosiaaliset tekijät masennuksen synnyssä. (Ks. esim. Brown & Harris, 1978)

6 Identiteetin tutkimus

Tutkimuksessani olen kiinnostunut masentuneiden identiteetistä. Identiteetti on käsitteenä hieman leväperäinen ja kenties vielä monitulkintaisempi kuin monet muut tieteelliset termit. Määrittelyä ei juuri helpota se, että amerikkalainen sosiaalipsykologia puhuu yleensä enemmän minuudesta (self), kun taas eurooppalainen sosiaalipsykologia käyttää mieluummin identiteetin käsitettä. (Rautio, 2006, 19) Sovellan identiteettiin kuitenkin sosiaalisen konstruktionismin periaatetta, jossa identiteetti nähdään kielelliseksi konstruktioksi, joka rakentuu niissä diskursiivisissa ja vuorovaikutuksellisissa konteksteissa, joissa ihminen toimii. (Valkonen, 2007, 36)

”Sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta ihmisen olemisen perusmuotona on osallistuminen jatkuvaan, yhä uusia muotoja löytävään keskusteluun. Osallistuessaan tähän keskusteluun lukuisilla julkisilla ja yksityisillä areenoilla yksilö rakentaa itselleen identiteettikertomuksia, jotka toimiessaan laajoina elämäkokemusten konteksteina nostavat jotkut kokemukset merkittäviksi ja ohittavat toisia. Identiteettikertomukset antavat myös puitteet yksilön toimijuuden muodostumiselle – sille, että hän suuntaa pyrkimyksiään tavoitteisiin ja löytää keinoja näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Ristiriitaisissa elämäntilanteissa tämä toimijuuden tunto usein kaventuu.” (Wahlström, J. 1999, 243–235, sit. Valkonen, 2007, 35)

Sosiaalipsykologisissa identiteettiteorioissa identiteetti jaetaan yleensä persoonalliseen ja sosiaaliseen (ks. esim. Harré, 1983). Identiteettiä tarkastellaan usein erityisten projektien kohteena, joiden pohjalla vaikuttavat erilaiset teoriat minuuksista. (Harré, 1983, 258). Erityisesti sosiaalipsykologian moderneihin käsityksiin minuudesta ja identiteetistä on vaikuttanut chicagolainen koulukunta, etunenässä G. H. Mead (Saastamoinen, 2006a, 173–174). Saastamoinen

kuvaa psykodynaamisten ja symbolisen interaktionismin teorioiden eroja näin: ”Psykodynaamisissa näkemyksissä keskeisenä ongelmana on ymmärtää, kuinka menneisyys manifestoituu ihmisen identiteetin nykyisyydessä, sen sijaan meadilaisessa interaktionismissa tarkastellaan pikemminkin sitä, kuinka nykyisyys vaikuttaa menneisyyteen” (Saastamoinen, 2006a, 174). Tutkimuskohteina minuus ja identiteetti ovat hankalia ja haastavia. Keskityn tutkielmassani erityisesti identiteettipolitiikkaan ja identiteettineuvotteluun, joita pidän oleellisina käsitteinä tämän tutkimuksen toteuttamisessa.

6.1 Identiteettipolitiikka

Identiteettipolitiikassa on kyse siitä, millainen on ”hyvä identiteetti”. Identiteettipolitiikalla pyritään vaikuttamaan ihmisten käsityksiin itsestään ja toisistaan ja ohjaamaan näiden käytöstä ja toimintaa tiettyihin haluttuihin suuntiin. Sitä ei kuitenkaan tule käsittää tiettyjen toimijoiden intentioiksi vaan kyse on enemmän rakenteista ja siitä, millaiset ilmiöt kulloinkin ovat yhteiskunnassa poliittisesti tarpeen. Identiteettipolitiikkaa harjoitetaan erityisesti julkisen keskustelun tasolla. Masennuksen julkiseen keskusteluun ovat lähivuosina kuuluneet esimerkiksi julkisuuden henkilöiden masennuskertomukset, television keskustelu- ja ajankohtaisohjelmat, psykoterapiaa sivuavat viihdeohjelmat ja kehittämishankkeet (Valkonen, 2007, 4). Antti Eskolan mukaan yksilön minäkuvaa tai objektiminää voi muokata vaikkapa tieto siitä, että hän on psykologisten testien mukaan ”ekstrovertti” tai horoskooppimerkiltään ”leijona” (Eskola, 1985, 49). Tässä kohti kuvaan astuu myös bisnes: monet tarjotuista mallitarinoista ja identiteeteistä palvelevat myös kaupallisia tarkoituksia. (Ks. esim. Itäpuisto, 2006, 132)

Kulttuurintutkija Stuart Hall puhuu ”eron politiikasta”, siitä miten identiteetti muodostuu ennen kaikkea siirtymissä: eron kanssa, eron kautta. (Hall, 2002, 11, 13) Etenkin sosiologisen subjektikäsityksen mukaan yksilöt projisoivat ”itsensä” kulttuurisiin identiteetteihin ja sisäistävät niiden merkitykset, eli liittävät subjektiiviset tunteensa objektiivisiin paikkoihin, joita asuttavat sosiaalisessa ja kulttuurisessa maailmassa (Hall, 2002, 22). Vaikkapa ”rotu” on Hallin mukaan ennen kaikkea diskursiivinen, ei biologinen kategoria. (mnt., 55) Samaa voidaan sanoa myös sairaudesta tai terveydestä. Saussurelaisen kielen teorian mukaisesti sanat merkitsevät jotain vain suhteessa toisiinsa, mistä syntyvät binaariset oppositiot (mnt., 61, 82). Terveyttä on siis mahdollista tarkastella sairauden puuttumisena, joten mitä ovat antidepressantit? Nimitystä on kritisoinut myös Glenmullen (2000, 215 sit. Leventhal & Martell, 2006, 55), koska hänen mukaansa se antaa ymmärtää, että kyseessä on definitiivinen hoito definitiiviseen ongelmaan, vaikka kummankaan

määrittelyt eivät ole lopullisia tai ehdottomia.

Foucault'laisittain puhutaan diskursiivisesta muodostumasta silloin, kun on joukko lausumia, jotka viittaavat samaan objektiin yhteisellä tyylillä tiettyä strategiaa, yhteistä institutionaalista tai poliittista kaavaa tukien. (Hall, 2002, 99) Tästä esimerkkinä voisi ajatella, että esimerkiksi psykiatrialla ja Kansaneläkelaitoksella instituutioina olisi masennusta koskeva yhteinen diskursiivinen muodostuma, johon mediatekstit voivat myös kuulua tai olla kuulumatta. Näiden instituutioiden tavoite on sama: parantaa ja kuntouttaa ihmiset niin, että sairauden oireet poistuvat ja työkyky palautuu. Hallin mukaan mikään diskurssi ei koskaan ole ”viaton”, vaan toteuttaa aina jotain identiteettipoliittista päämäärää. (Hall, 2002, 102-104) Hallin mukaan ”representaation käytännöt sisältävät aina asemia, ilmaisemisen (enunciation) positioita, joista lähtien puhumme ja kirjoitamme” (mnt., 223) Hall erittelee myös ns. diskursiivisia strategioita, joiden avulla toiseutta on kautta aikojen tuotettu esimerkiksi eri kulttuureista puhuttaessa. Diskursiivisia strategioita voivat olla vaikkapa *idealisoiminen* ja *halua ja halveksuntaa koskevien fantasioiden heijastaminen kohteisiin*. (mnt., 122)

Identiteettipolitiikan kannalta yksi ongelmallisimmista ja mielenkiintoisimmista kysymyksistä on tiedeusko; se, miten psykiatrista ja tieteellistä kieltä pidetään yleensä ottaen ”objektiivisempänä” kuin muuta puhetta. Lähtöajatus on se, että tiede tuottaa faktoja, tosiasioita siitä miten asiat ovat, ja kaikki muu on pelkkää mielipidettä. (Gergen, 1999, 50) Tällöin esimerkiksi sairauten tai terveyteen liittyviä identiteettejä saatetaan pitää jollakin tapaa todempina kuin muita tarjottuja vaihtoehtoja. Sosiaalitieteellisesti tarkasteltuna tieteelliset diskurssit eivät kuitenkaan ole sen vapaampia siitä todellisuudesta, jossa ne esiintyvät kuin muutkaan lausumat. Tutkijoilla on mielipiteitä, intentioita ja päämääriä sekä jokin tietty paradigma, jonka valossa ilmiöitä tarkastellaan. Tieteellisellä kielellä on kuitenkin tapana soluttautua osaksi yleisiä käsityksiä ja arkipuhetta, minkä seurauksena puhutaankin esim. arjen medikalisoitumisesta. (Gergen, 1999, 51) Sosiaalitieteiden tutkijan tärkeäksi tehtäväksi muodostuu kysyä, kuka hyötyy tietyistä puheen tavoista, ketä loukataan, kenet on hiljennetty, millaisia traditioita ylläpidetään ja hylätään, ja miten voidaan arvioida sitä tulevaisuutta, jota kulloinkin ollaan luomassa. (Gergen, 1999, 62). Eskolan mukaan ”tieteen yksi legitiimi tehtävä on myös osoittaa, mitä kaikkea jotkin seikat voivat merkitä.” (Eskola, 1985, 105)

Identiteettipolitiikkaan liittyy myös sosiaalitieteellinen *stigman* käsite. Stigmalla tarkoitetaan yksilölle langetettua negatiivista sosiaalista leimaa, ”pilaantunutta identiteettiä” kuten Erving

Goffman sitä nimittää (ks. Goffman, 1990/1963). Esimerkiksi masennus voi kantaa tiettyä stigmaa siitakin huolimatta, että ei ole silmämääräisesti havaittavissa. Goffmanin mukaan sekä sisä- että ulkoryhmät (tässä esim. masentuneet ja ei-masentuneet) tarjoavat stigmatisoidulle yksilölle oman tietyn identiteettinsä, luvaten, että identiteetin hyväksymällä yksilö tulee sinuiksi itsensä kanssa ja aikuiseksi, kokonaiseksi ihmiseksi joka voi kunnioittaa itseään. Yleensä sisäryhmän puhettavat ovat poliittisia ja ulkoryhmän psykiatrisia. (Goffman, 1990/1963, 149) Yksilö hyväksytään osaksi suurta ryhmää, ihmiskuntaa, mutta edellytetään samalla, että tämä tiedostaa ja myöntää oman poikkeavuutensa yleisesti hyväksytyllä tavalla (mnt., 149). Stigmasta käydään keskustelua myös psykiatrian ja antipsykiatrian välillä, ja tässä ilmeneekin identiteettipoliittinen ero: Thomas Szaszin mukaan psykiatri asettaa potilaaseensa epävirallisen stigman tehdessään tästä psykiatrisen diagnoosin (Szasz, 2007, 7). Teoksessa Psykiatria Lönnqvist ja Lehtonen puolestaan esittävät, että nimenomaan psykiatria tieteenä on paras stigman lieventäjä ja mielipidevaikuttaja, koska tutkimustieto vähentää pelkoa ja lisää myönteisiä asenteita mielenterveyden häiriöitä kohtaan (Lehtonen & Lönnqvist, 2007, 32). Toisen koulukunnan mukaan siis diagnostiikka luo stigmaa, toisen koulukunnan mukaan lievittää sitä. Molemmat kuitenkin myöntävät sen olemassaolon.

En tarkastele identiteettipoliittikkaa niin, että mediayleisönä olisimme passiivisen manipuloinnin kohteita. Gergenin mukaan yleisöllä on valta ja myös tapa valita luentatapansa itse: mainos kadulla ei aja meitä pakonomaisesti kauppaan ostamaan mainoksen tuotetta, eikä lehtiartikkelin näkemys masennuksesta saa meitä automaattisesti hyväksymään tuota näkemystä yleisenä totuutena. (Gergen, 1999, 198) Myöskään ei ole syytä ajatella, että tarjottu tai omaksuttu identiteetti muodostaisi ”koko totuuden” kummastakaan osapuolesta, pikemminkin identiteetti joustaa ja muovautuu ja koostuu palasista, joista yksi on parhaimmassakin tapauksessa dominoiva vain tietyllä hetkellä ja tietyssä kontekstissa⁸.

6.2 Identiteettineuvottelu

Yksilöillä on tapana osallistua aktiivisesti keskusteluun omasta identiteetistään. Kuka minä olen, kuka sinä olet ja mikä meidät erottaa ovat yleisiä kysymyksiä, joita esitetään ja joihin vastataan jollain tasolla päivittäisessä vuorovaikutuksessa. Keskustelua käydään useilla erilaisilla areenoilla. Antti Eskolan mukaan psykologiset pohdinnat ovat välineitä, joiden avulla yksilö käy taistelua elämänsä hallinnasta (Eskola, 1985, 99). Tätä keskustelua on sosiaalitieteissä kutsuttu

⁸Toisin sanoen en väitä, että yksilö jolle tarjotaan ja joka vastaanottaa identiteetin ”masentunut” määritteli itsensä samalla tavalla pääasiassa masentuneeksi tai masennuksen kautta kaiken aikaa ja kaikissa tilanteissa.

identiteettineuvotteluksi. Se on usein täysin joustavasti ja huomaamattomasti käytävää rajanvetoa omien ja muiden käsitysten välillä. Taustalla on ajatus postmodernista subjektista, jonka identiteetti muotoutuu ja muokkautuu jatkuvasti suhteessa niihin tapoihin, joilla tämä tulee puhutelluksi tai representoiduksi kulttuurisissa järjestelmissä (Hall, 2002, 23). Identiteetistä voidaan neuvotella etsien eroavaisuuksia (henkilökohtainen identiteetti) tai samankaltaisuuksia (sosiaalinen identiteetti) (Liebkind, 1998, 106). Usein siihen kuuluu myös yritys neuvotella itseään ulos tietyistä stereotyyppioista tai sosiaalisista kategorioista. Hallin mukaan jokaisen sisällä tempoilevat moninaiset ja ristiriitaiset identiteetit, minkä vuoksi identifikaatiot vaihtelevat jatkuvasti. (Hall, 2002, 23) Paitsi että keskustelua käydään identiteettien sisällöistä, otetaan identiteettineuvottelussa kantaa myös niiden arvotuksiin: voimme olla muiden keskustelijoiden kanssa samaa mieltä siitä mitä olemme (nuori, vanha, nainen, mies, terve, sairas jne.), mutta emme välttämättä siitä, minkä arvoista on olla sitä mitä olemme. (Liebkind, 1998, 107)

Identiteettineuvotteluun on yleensä liitetty tarve nähdä itsensä myönteisessä valossa. Muut tahot voivat kuitenkin kyseenalaistaa myönteiset merkitykset, jolloin tarvitaan erityistä identiteettityötä. Yksi puolustusstrategia tilanteessa voi olla ”valikoiva vuorovaikutus”, tendenssi kuulla ja löytää muiden puheenvuoroista vain ne asiat jotka tukevat positiivista minäkuvaamme, tai taipumus ajatella muiden määrittävän meitä niiden positiivisten käsitysten valossa, joita meillä on itsestämme. (Swann, 1987) Vaikka identiteettineuvotteluja harvoin käydään kovin suorasanaisesti (Liebkind, 1998, 108), on niitä kuitenkin mahdollista tunnistaa tieteellisissä tutkimuksissa ja tutkia jopa kvantitatiivisin menetelmin (Swann, 1987). Huomionarvoista identiteettineuvotteluissa on se, että yksilö ei koskaan voi täysin sanoutua irti koko keskustelusta, sillä identiteettejä tarjotaan ja pakotetaan hyväksymään siitäkin riippumatta, hyväksyykö yksilö itse niiden ehdottamat implikaatiot (Hall, 2006, 253).

Erilaisiin identiteetteihin asettumista vuorovaikutuksessa on mahdollista tarkastella eri tavoin. Sosiaalipsykologiassa esimerkiksi Erving Goffman on teoretisoinut asiaa ensin *kehysten* ja myöhemmin *roolien* kautta. (Davies & Harré, 1990) Davies ja Harré puhuvat roolien sijaan mieluummin positioinnista tai asemoinnista, sillä se on joustavampaa eikä eriytä puhujaa toiminnasta samaan tapaan kuin roolikäyttäytyminen. Goffman hahmotteli myöhemmin myös jalansijan (footing) teoriaa, jota Davies ja Harré pitävät lupaavampana vaihtoehtona heidän käyttämälleen asemoinnille. (Davies & Harré, 1990) Positiointiteoria liittyy erityisesti diskursseihin ja kielen järjestelmien käyttöön. Daviesin ja Harrén mukaan identiteetin tai tietoisuuden itsestä saavuttaminen sisältää seuraavat prosessit:

1. Tiettyjä ihmisiä sisältävien ja tiettyjä poissulkevien kategorioiden, kuten mies/nainen, isä/tytär jne. oppiminen
2. Osallistuminen diskursiivisiin käytäntöihin, joissa kategorioille annetaan merkityksiä
3. Itsensä positiointi kategorioiden sijaan, että ikään kuin kuulutaan toiseen kategoriaan ja ei kuuluta toiseen (esim. tyttö ja ei-poika)
4. Niiden ominaisuuksien tunnistaminen itsestä, jotka liitetään tiettyihin kategorioiden sijaan ja ei liitetä toisiin, jolloin saavutetaan tunne kategoriaan kuulumisesta
5. Vastakkaisten identiteetti-positioiden kokeminen ongelmallisina ja parannettavina, johtuen siitä, että aiemmat neljä prosessia syntyvät sellaisen minuuden teorian pohjalta, jossa yksilö käsittää itsensä historiallisesti jatkuvaksi ja yhtenäiseksi

(Davies & Harré, 1990)

Daviesin ja Harrén positiointiteoriassa keskipisteessä on siis se, millä tavoin diskursiiviset käytännöt toimivat toisaalta puhujien ja kuuntelijoiden määrittäjinä, toisaalta samanaikaisesti myös resursseina uusien positioiden neuvotteluun. Kirjallisuudentutkija Jyrki Pöysän mukaan positiointiteoria on luettavissa osaksi postmodernia teoriaperinnettä, mutta erotuksena postmodernista minuudesta harrélaiset tilanteiset minuudet paljastavat aitoja, todellisia puolia henkilöistä (Pöysä, 2009, 319). Keskustelun kulku muodostaa eräänlaisen ”eletyn kertomuksen”, jossa osanottajille varataan erilaisia positiota (Pöysä, 2009, 318).

Erving Goffman kirjoittaa ambivalenssista, jota stigmatisoidut yksilöt kokevat pyrkiessään tiettyihin identiteetin standardeihin ja epäonnistuessaan niissä. Goffmanin mukaan tämä aiheuttaa identifikaatioiden heilahtelua, jolloin yksilö saattaa alkaa suhtautua kanssastigmatisoituihin, varsinkin niihin joiden stigma on ilmeisempi kuin hänen omansa, jopa samoin asentein kuin ”normaalit” häneen. (Goffman, 1990/1963, 130) Tätä Goffman nimittää itsepetokselliseksi luokitteluksi. Tähän liittyvät myös sosiaaliset liittoutumat, joita stigmatisoituneet yksilöt muodostavat joko toistensa tai normaalien kanssa (Goffman, 1990/1963, 131). On hyvin tyypillistä, että stigmatisoidut yksilöt samaan aikaan sekä pitävät itseään täysin tavallisina ihmisinä että tiedostavat muiden määrittelevän heidät erilaisiksi. Tähän dilemmaan yksilöt etsivät yhtenäistä mieltä. (mnt., 132–133) Stigmatisoitunutta yksilöä varoitellaan eri tavoin ”ylittämästä rajoja” (mnt., 133–134). Goffmanin mukaan ironista neuvottelussa on se, miten stigmatisoituneen yksilön odotetaan kuitenkin kärsivällisesti olevan muille sitä, mitä nämä eivät salli tämän heille olevan. Tätä voidaan luonnehtia esimerkiksi haamuhyväksynnäksi matkalla haamunormaaliuteen (phantom acceptance/normalcy). (Goffman, 1990/1963, 148) Samalla kuitenkin on täysin mahdollista, että stigmatisoidun yksilön epäonnistuminen muiden odotusten mukaisesti elämisessä ei hätkäytä häntä

juurikaan, ja omien identiteettiuskomustensa suojaamana hän on taipuvainen ajattelemaan olevansa itse muiden sijasta normaali, täysi ihminen (Goffman, 1990/1963, 17).

7 Tutkimuksen metodologia ja toteutus

Vaikka tekemäni tutkimus on sosiaalitieteellistä ja kuuluu tieteenalana sosiaalipsykologian piiriin, hyödynnän tutkimuksessani kirjallisuudentutkimuksen ja erityisesti narratologian aloilta lainattuja käsitteitä. Maria Mäkelä toteaa kaunokirjallisuuden ja kognitiivisen kertomustieteen keskiöstä löytyvän saman ilmiön: ”kokevan ja kertomusta järjestävän – kerronnallistavan – ihmismielen” (Mäkelä, 2009, 111). Koen kertomusten ja identiteettineuvottelun nivoutuvan monella tavalla yhteen, sillä kuten Pekka Tammikin lainaa: ”[Kertomus on] perustavanlaatuinen inhimillinen strategia, jonka avulla pyritään hallitsemaan aikaa, prosessia ja muutosta” (Herman & Jahn & Ryan, 2005 sit. Tammi, 2009, 146). Tammen mukaan kertomus on siis selviytymisstrategia, joka tähtää ajallisten prosessien, peräkkäisyyden, jatkuvuuden tai kausaalisuuden järjestämiseen ja diskursiiviseen hallintaan (Tammi, 2009, 146). Tätä hallinnan tapaa voidaan jossakin määrin tarkastella rinnakkain David A. Karpin esittelemää sairastamisen elinkaaren kanssa (Karp, 1994), ja tätä strategiaa pyrin valottamaan myös omassa tutkimuksessani.

7.1 Bahtin ja kertomusten äänet

Käytän tutkimuksen tekemisessä apuna *äänien* käsitettä, joka on lainattu neuvostoliittolaiselta filosofina ja semiootikkona tunnetulta Mihail Bahtinilta (1895–1975). Bahtinin ajatukset ymmärryksen ja merkitysten dialogisesta luonteesta erosivat aikoinaan paljonkin siihen saakka tehdystä kielentutkimuksesta, joissa kieltä ja sanoja sen analyysiyksikköinä oli tutkittu sellaisinaan. Bahtinille todellisia sanallisen viestinnän yksiköitä ovat *lausumat* (utterances), sekä puhutut että kirjoitetut. (Wertsch, 1993, 50) Lausumat eivät koskaan voi olla neutraaleja, vaan ne ilmaistaan aina jostakin näkökannasta, äänestä, käsin. Tämän Bahtin käsitti enemmänkin prosessiksi kuin tietyn sijainniksi. (Wertsch, 1993, 51) Bahtinin mukaan sanat ja lauseet itsessään eivät kuulu kenellekään eikä niitä ole osoitettu kenellekään. Kuitenkin kun niitä käytetään, otetaan osaa suurempaan sanallisen vuorovaikutuksen ketjuun, jossa lausumat heijastelevat muita lausumia ja jossa sanoihin reagoidaan vastasanoilla. Lausumia ja vastalausumia voivat olla esimerkiksi kysymys ja vastaus, väite ja vastalause, väite ja myöntymys, ehdotus ja hyväksyntä sekä määräys ja toimeenpano (Wertsch, 1993, 107). Puhujan orientaatiota kuuntelijan mahdollisiin reaktioihin Bahtin nimittää

puhesuunnitelmaksi (speech plan). Kaikki puhujat ovatkin tavallaan vastaajia itsessään. (Bahtin, 1986, 69) Bahtinilaisessa ajattelussa myös sijainti, josta puhumme, näyttelee tärkeää roolia sen määrittelemisessä, mitä sanomme. (Bahtin, 1986, x)

Bahtinin mukaan merkitys tulee todeksi vasta kun kaksi tai useampia ääniä kohtaavat toisensa; kun kuuntelijan ääni vastaa puhujan ääneen. Kuuntelijan tai vastaanottajan ääni on aina mukana vuorovaikutuksen ketjussa, jossa puhujan ääni voi ilmaista tietoisuuden kuuntelijan äänestä ja heijastaa sen takaisin omassa lausumassaan. (Wertsch, 1993, 52–53) Puhuja tekee oletuksia edeltävistä lausumista ja polemisoi niitä, tai olettaa niiden olevan vastaanottajan tuntemia (Bahtin, 1986, 69). Vastaanottajaa ei tässä tapauksessa pidä ajatella kirjaimellisena keskustelun osapuolena, vaan se voi välittömän osallistujan lisäksi olla esimerkiksi joukko tietyn erityisalan asiantuntijoita, tietty erityinen yleisö, etninen ryhmä, samanmieliset ihmiset, vihamiehet ja vastustajat, joku ylempänä/alempana arvoasteikossa jne. Tämän lisäksi vastaanottaja voi olla myös määrittelemätön, konkretisoimaton *toinen*. (Wertsch, 1993, 53)

Lausuma kuuluu aina jollekulle, jollekin äänelle. Se heijastelee sitä kaikkea, mitä asiasta on jo aiemmin sanottu ja myös ennakoi kaikkea sitä, mitä myöhemmin voitaisiin sanoa. Lausumiin tuleekin ensisijaisesti suhtautua vastauksina saman sfäärin (sphere) aikaisempiin lausumiin. (Wertsch, 1993, 53) Kielen käyttäjät ikään kuin vuokraavat merkityksiä: ”Voin tarkoittaa mitä sanon, mutta vain epäsuorasti, sanoina jotka otan ja annan takaisin yhteisölle [...] Ääneni voi tarkoittaa, mutta vain muiden äänten kanssa, joskus kuorossa, parhaimmillaan vuoropuhelussa. (Holquist, 1981, sit. Wertsch, 1993, 68) Bahtinin mukaan kaikki aito ymmärrys on aina luonteeltaan dialogista (Wertsch, 1993, 54). Samakin sana voi tarkoittaa täysin eri asiaa riippuen asiayhteydestä ja tavasta, jolla sitä käytetään. Wertschiä lainaten, ”intonaatio on arvotuksen ääni” (mnt., 51). Esimerkiksi parodia, tyylilaji jossa jonkun sanat ja lauseet kaapataan ja esitetään uudestaan hieman toisella tapaa, on hyvä esimerkki tästä korostuksen siirtymästä. (mnt., 55) Joskus se, mitä Wertsch nimittää ”puhuvaksi tietoisuudeksi”, voi olla niin näkyvä, että keskustelijoiden on mahdotonta käyttää jotakin tiettyä ilmausta ilman tietoisuutta sen alkuperästä. Tästä esimerkkinä hän käyttää Nixonin hallituksesta käytettyä sanaa ”inoperative”, josta tuli niin merkityksillä kyllästetty termi, että se muuntui sellaisenaan käyttökelvottomaksi muissa yhteyksissä. (mnt., 56)

Siinä missä lausumat eivät koskaan ole olemassa täysin itsenäisinä, myöskään toisista äänistä erillistä ääntä ei ole olemassa. Äänet esiintyvät aina sosiaalisessa miljöössä. (Wertsch, 1993, 51)

Toinen oleellinen käsite Bahtinin työssä on *sosiaalinen kieli* (social language), joka tarkoittaa puhetyyppiä, tietyssä ajassa ja sosiaalisessa järjestelmässä sijaitsevalle tietylle yhteiskunnalliselle kerrokselle tai luokalle tyypillistä diskurssia. Tässä tarkoitettuja luokkia voivat olla esimerkiksi eri ikä- tai ammattiryhmät. (Wertsch, 1993, 57) Wertsch mainitsee myös sosiaaliset *murteet* (social dialects), jollaisia voivat olla vaikkapa eri ammattikielet, sukupolvien ja ikäryhmien kielet, erilaisten piirien auktoriteettien kielet, kielet jotka palvelevat jotakin tiettyä sosiopoliittista tarkoitusta jne. (mnt., 58) Bahtinin teoriassa puhuja herättää (invokes) aina sosiaalisen kielen tuottaessaan lausumaa, ja tämä sosiaalinen kieli määrää muodon sille, mitä puhujan ääni voi sanoa. Tätä erityistä moniäänisyyttä Bahtin nimitti vatsastapuhumiseksi (ventriloquation). (Bahtin, 1981 sit. Wertsch, 1993, 59) Prosessissa yksi ääni puhuu toisen äänen tai äänityypin kautta sosiaalisessa kielessä: ”Kielen sana on puoliksi jonkun muun. Siitä tulee ’jonkun oma’ vain kun puhuja asuttaa sen omalla aikomuksellaan, omalla aksentillaan, kun hän sovittaa sanan ja mukauttaa sen omaan semanttiseen ja ilmaisulliseen aikeeseensa. Ennen tätä tarkoituksenmukaistamista sanaa ei ole olemassa neutraalissa tai persoonattomassa kielessä (eihän puhuja ota sanojaan sanakirjasta!), ennemminkin se on olemassa muiden ihmisten huulilla ja heidän konkreettisissa asiayhteyksissään, palvelemissa muiden ihmisten aikomuksia, ja sieltä puhujan on otettava sana ja tehtävä siitä omansa”. (Bahtin, 1981, 293–294 sit. Wertsch, 1993, 59)

Vielä eräs oleellinen käsite bahtinilaisessa kielentutkimuksessa on *puhegenre*, jolla tarkoitetaan tyypillisiä puheviestinnän tilanteita (Wertsch, 1993, 60). Bahtin nimitti niitä myös suhteellisen pysyviksi lausumiksi kielenkäytön aluepiireissä. Genret hän jakoi ensisijaisiin (yksinkertaisiin) ja toissijaisiin (monimutkaisiin). (Bahtin, 1986, 60–61) Puhegenrejä voivat olla vaikkapa vitsi, sotilaskomento, hautajaispuhe, lääkärinlausunto jne. Ne ovat joustavia kommunikoinnin tapoja, mutta niillä on kuitenkin normatiivinen merkitys puhujalle. Puhuja ei luo genrejä itse vaan hän saa ne käyttöönsä. (Bahtin, 1986, 80–81) Eri sfäärien puhegenrejä on myös mahdollista yhdistellä tarkoituksella (mnt., 80). Genreille sukua ovat myös puhetyylit: pappien, profeettojen, saarnaajien, tuomareiden, johtajien, patriarkkojen jne. tavat puhua (Bahtin, 1986, 132, 153). Ottamatta huomioon puhujan asennetta vastaajan lausumia (oletettuja tai olemassaolevia) kohtaan ei voida ymmärtää sen paremmin puhegenreä kuin puheen tyyliäkään (mnt., 97). Bahtinilaisen ajatuksen merkityksestä tiivistää mielestäni parhaiten seuraava lainaus: ”merkityksellä annan vastauksia kysymyksiin. Kaikki, mikä ei vastaa kysymykseen on meille vailla järkeä” (Bahtin, 1986, 145).

7.2 Menetelmät ja analyysiprosessin kuvaus

Tutkimusaineistoni koostuu kertomuksista. Aineiston muoto ei kuitenkaan ollut ohjaava tekijä analyysimenetelmän valinnassa. Varhaisessa vaiheessa tutkimusta halusin ennen kaikkea päästä kiinni aineistossa esiintyviin identiteetti-positioihin ja niistä neuvottelun tapoihin, enkä katsonut narratiivista analyysia parhaaksi lähestymistavaksi tähän. Tutkimuksen myöhäisemmässä vaiheessa totesin, että tutkimuskysymykseni ovat hyvin moniulotteisia ja että tutkimus todennäköisesti hyötyisi siitä, jos en lukittautuisi liiaksi tiettyyn ennaltavalittuun menetelmään. Tutkimukseni fokus myös siirtyi tutkimusprosessin aikana niin, etteivät identiteetti-positiot itsessään olleet enää pääosassa. Päätin toteuttaa tutkimuksen analyysivaiheen aineistolähtöisesti, kirjaten ylös aineistossa toistuvia aiheita ja ilmauksia ja teemoitellen ja tyypitellen niitä laajempiin kategorioihin sekä antamalla kategorioille kuvaaviksi katsomiani nimiä. Ensisijaisesti tutkimukseni analyysimenetelmä onkin aineiston **fenomenologinen kuvailu**. Havainnointiin perustuvien aineistonkeruumenetelmien on sanottu soveltuvan erityisesti vuorovaikutuskäyttäytymisen tutkimiseen (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 73). Sikäli koin puhtaan havainnoinnin tuottavan ainakin aluksi hedelmällisimpiä tuloksia. Hyödynsin analyysissäni kuitenkin vaikutteita aiemmista opinnoistani ja muista akateemisista mielenkiinnon kohteistani. Erityisesti käsitteistöä lainasin kertomuksen tutkimuksesta.

Aiemmin kandidaatintutkielmassa olin tutustunut laadulliseen sisällönanalyysiin ja soveltanut sitä identiteetti-positioiden tutkimukseen, joten se oli menetelmänä tuttu ja onnistuneeksi valinnaksi todettu. Alun perin sisällönanalyysi oli alkuperäinen suunnitelmani myös tämän tutkimuksen menetelmäksi, sillä tapa, jolla suunnittelin järjestäväni aineistoa, muistutti sinänsä hyvinkin sisällönanalyysia. Suurin inspiraatio ja käänne tutkimukseen tuli kuitenkin ehdottomasti graduprosessin aikana suorittamaltani Kertomuksen tutkimus sosiaalitieteissä -kurssilta (jonka vetäjänä toimi Matti Hyvärinen). Bahtinilainen *ääni* oli kiehtonut itseäni teemana jo pidempään, mutta vasta kurssin aikana keksin sen käyttöpotentiaalin oman tutkimukseni yhteydessä, kun kurssin lopputyönä sattumalta analysoitiin kertomuksen tutkimuksen menetelmin eräs kertomus omasta aineistostani. Äänen käsitteestä tuli punainen lanka myös tutkimukseni osa-alueiden välille, sillä se mahdollisti identiteettipolitiikan aiheen lähestymisen myös omaelämäkerrallisissa kertomuksissa. Sain inspiraatiota äänen ja puhegenren käsitteiden tulkintaan myös aiemmin opinnoissa tutuksi tulleista diskurssianalyysista ja retorisesta analyysista. En kuitenkaan tässä tutkimuksessa ollut kiinnostunut puheen muodostamisen tavoista itsessään, joten en päätenyt valitsemaan diskurssianalyysia ensisijaiseksi analyysimenetelmäksi. Sinänsä se kuitenkin sopisi

erinomaisesti vallankäytön ja hierarkian teemojen tutkimiseen.

Analyysiprosessi itsessään eteni siten, että luin aineistoa toistuvasti läpi tehden samalla havaintoja käsiteltävistä teemoista, teemojen toistuvuuksista ja myös ilmaisun tavoista. Raaka-analyysi tuotti kolmisenkymmentä erilaista teemaa, joita sitten yhdistelin, jaottelin, tyypittelin ja teemoittelin uudestaan suuremmiksi kategorioiksi. Luvussa 9 esittelen viisi aineiston pääteemaa sekä niiden alakategorioita ja esittelen niistä tekemäni tulkinnat ja johtopäätökset luvussa 10. Tässä kohden on huomioitava, että vaikka analyysini oli aineistolähtöistä, ohjasi teoria kuitenkin sitä, millaisia kategorioita lopulliseen tutkimukseen päätyi tarkemmin tulkittaviksi. Tutkimuksessani olin kiinnostunut ennen kaikkea vallitsevista äänistä ja vastäänistä, ja niitä olen myös aktiivisesti aineistosta etsinyt.

Kohtasin yhden erityisen kertomusmuotoisen aineiston analyysiin liittyvän haasteen: aineistokatkelmien valinnassa saa noudattaa erityistä tarkkuutta. Joillekin kertomusten yksityiskohdille ei tee oikeutta irrottaa niitä asiayhteydestään. Tämä oli analyysissa otettava erityisesti huomioon.

8 Aineiston kuvailu

Tutkimukseni aineistona toimii Merja Urponen-Tuukkasen toimittama kirja nimeltä Sairauteni nimi on masennus, joka on ilmestynyt vuonna 2009. Kirjan on julkaissut Mediapinta Oy ja se sisältää 19 eripituista masennuskertomusta (yhteensä 201 sivua), joita tutkimukseeni tarkastelin ja analysoin. Esipuheen kirjaan on kirjoittanut Claes Andersson. Kirja on saatavilla useimmista suomalaisista kirjakaupoista.

Kirjasta ja kertomusten keruumenetelmistä on valitettavan vähän tietoa saatavilla. Takakansitekstissä kerrotaan seuraavaa:

”Halusimme antaa sanansijan suomalaiselle masennukselle. Sairastuneiden viesti on ollut selkeä ja yksimielinen: vertaistuki kaikissa muodoissaan on korvaamattoman tärkeä. Sairauden läpikäyminen kirjoittamalla voi olla osa paranemisprosessia. Toisten ihmisten kokemuksista saa lohdutusta ja voimaa. Samansuuntaisista tuntemuksista lukeminen

vahvistaa omaa normaaliuden tunnetta. Tämä kirja on kokoelma suomalaisten omia tarinoita masennuksesta vertaistueksi ja -tiedoksi sairastuneille ja heidän läheisilleen.”

Kirjan toimittaja mainitsee myös esitekstissään halunneensa lukea tavallisten ihmisten tarinoita masennuksestaan. Tiedossani ei kuitenkaan ole sitä, millä tavalla kertomukset on kerätty ja miltä foorumilta tai millaisin saattein kertomuksia on pyydetty. Esitekstissä kiitetään avusta mukana olleita mielenterveysyhdistyksiä, joten lienee perusteltua olettaa, että nämä ovat osallistuneet kertomusten keruuseen jollakin tapaa. Urponen-Tuukkanen mainitsee myös, että tarinoita tuli tulvimalla ja etteivät kaikki saadut kertomukset mahtuneet kirjaan. Hämärän peittoon jää siis myös se, millä perusteella kertomukset on kirjaan valittu.

Tarinoiden rakenteesta voi kuitenkin päätellä ainakin sen, ettei niiden muotoa ole kerättäessä juuri määrätty tai rajoitettu. Kertomukset vaihtelevat pituudeltaan ja tyyliltään paljon: osa on jokseenkin perinteisiä omaelämäkerrallisia tarinoita, osa proosallisempaan muotoon laitettua ”fiktiota”. Kertomuksissa on mukana myös runoja. Osa kirjoittajista on kirjoittanut ikään kuin useamman kertomuksen eri tyyleillä tai eri näkökulmista. Suurin osa kirjoittajista esiintyy nimimerkillä, jotkut myös koko nimillään (oikeilla tai keksityillä). En kiinnitä analyysissäni suurta huomiota kertomusten muotoihin tai niiden kirjoittajiin, sillä tutkimusaiheeni kannalta on sinänsä yhdentekevää, vaikka kertomukset olisivat kaikki keksittyjä. Kirjoittajien masennusta ei ole mitään ilmeisimmin tarinoita kerättäessä mitenkään erityisemmin validoitu, enkä tee sitä myöskään tässä tutkimuksessa. Urponen-Tuukkanen mainitsee esipuheessaan, että ”kirjassa julkaistut kertomukset ovat lähes alkuperäisessä asussaan”. Jonkin verran tarinoita voidaan siis olettaa toimitusvaiheessa editoitun.

Vaikka dokumentoinnin kannalta olisi ollut kiinnostavaa saada enemmän tietoa kirjan syntyprosessista ja kertomusten keruusta, pärjään tutkimuksessani ilmankin. Pääsyy kirjan valinnalle aineistoksi oli se, että halusin nimenomaan tarinoita. Masennus on kuitenkin toimintakykyä merkittävästi rajoittavan luonteensa vuoksi vaikea ilmiö tutkia; siitä kärsivillä ei useinkaan riitä voimavaroja mihinkään ylimääräiseen. Siispä ounastelin, että kertomusten kerääminen itse varsinkin haastatellen voisi olla kohtuuttoman työläs ja aikaavievä projekti. Harkitsin kirjoituspyyntöjen lähettämistä, mutta kun törmäsin käytännössä valmiiseen aineistoon, päädyin siihen. Artikkelissaan Harrén positiointiteoriasta Jyrki Pöytä toteaa seuraavaa: ”Suullisessa vuorovaikutuksessa rakentuvaa tilanteista ja moninaista minuutta on [...] vaikea vangita paperille tai nauhalle eksaktiksi tutkimusaineistoksi. Keskusteluaineistojen rinnalla kiinnostavan vaihtoehdon

”liian” koherenteille elämäkertoille tarjoavatkin kirjoituskilpailujen avulla perinnearkistoihin tuotetut elämäkerralliset tekstit, erityisesti sellaiset, joita ei ole tuotettu vastauksina mihinkään varsinaiseen elämäkertakilpailuun. Elämäkerrallisuuden voisi olettaa esiintyvän niissä repaleisempänä, asiayhteytensä tilanteistamana.” (Pöysä, 2009, 333) Tämänkin näkemyksen valossa pidin valmiin, muotonsa puolesta sanelemattoman aineiston hyödyntämistä onnistuneena valintana.

Valmiin aineiston käyttö tekee tutkimuksen eettisten näkökulmien pohdiskelusta erilaista kuin tavallisesti. Masennuskertomusten kirjoittajat ovat antaneet suostumuksensa kertomusten julkaisemiseen kirjassa. Joidenkin tunnettujen sairaaloiden lisäksi kertomuksissa ei esiinny ihmisten tai paikkojen nimiä (joko ne on jätetty pois kirjoitusvaiheessa tai anonymisoitu kirjaa toimitettaessa). Kirjoittajat ovat kirjoittaneet kertomuksensa pääosin nimimerkeillä. Vaikka jokunen oikeankuuloinenkin nimi kirjassa esiintyy, ei niitä ole tarpeen tutkimuksessa mainita. Valmiin aineiston kanssa ei myöskään tarvitse kantaa erityistä huolta siitä, minkä verran itse tutkijana on vaikuttanut aineiston sisältöön.

Se, että aineisto on valmiiksi olemassa ja kertomukset anonyymeja, ei tietenkään tarkoita, ettei niihin olisi syytä suhtautua hienotunteisesti. Masennus on paljon inhimillistä kärsimystä aiheuttava ilmiö, jota voidaan monella perusteella kutsua myös arkaluonteiseksi. Analysoimani kertomukset pitävät sisällään traagisia kuvauksia herkistä aiheista. Minulla on kaikki syyt suhtautua niihin kunnioituksella. Pysin tutkijana tekemään mahdollisimman hyvin oikeutta alkuperäisille kirjoittajille ja heidän kertomuksilleen käsitellessäni niitä.

9 Aineiston teemoja

Tässä luvussa järjestelen aineistoni masennuskertomuksista esiinnousseita teemoja, tyypittelen niitä ja peilaan teemoja aiemmin esiteltyihin masennuksen määrittelytapoihin ja identiteettipoliittiseen keskusteluun.

9.1 Psykiatrian ääniä: sairauspuhe

Masennuksen luonne ilmiönä – sairaus vai ei? – lienee yksi tieteen ja arkikeskustelunkin suurimpia kiistanaiheita, joka on mahdotonta jättää huomiotta arvioitaessa esimerkiksi masennuksen hoitomuotoja. Kuten Jukka Tonttikin toteaa, kehitettäessä hoitoja ongelmaan otetaan aina samalla kantaa myös ongelman syihin (Tontti, 2000, 13). Michel Foucault esittää teoksessaan *Madness and Civilization: a history of insanity in the age of reason* (1988), että moderni ihminen ei enää kommunikoi hullun (madman) kanssa. ”Järjen ihminen” delegoi hulluuden lääkärille valtuuttaen samalla suhteen hulluuteen pelkästään tietyn sairauden abstraktion kautta. Hulluus alettiinkin käsittää mielen sairaudeksi vasta 1700-luvun lopussa. (Foucault, 1988, x) Foucault nimittää psykiatrian kieltä järjen monologiksi hulluudesta. Vaikka melankolia eroakin historiallisesti muusta hulluudesta tietyn deliriumin puutteen vuoksi (Foucault, 1988, 98), on siitä yhtä kaikki tehty mielenterveyden ongelma, joka kuuluu taksonomisesti kuitenkin saman psykiatrisen määrittelyn piiriin kuin muutkin mielenterveyden ongelmina pidetyt ilmiöt. Tässä piilee ristiriita.

David A. Karp esittää, että psykologian ja sosiologian aloilla yleinen perimä/ympäristö -keskustelu ei yleensä kosketa useimpia ihmisiä arkipäivän tasolla. Masennuksesta kärsiville kuitenkin masennuksen taustan ja aiheuttajien pohtiminen on ”jatkuva arvoitus”, ja näkemyserot siitä, onko masennus kenties aivokemiallisten häiriöiden vai vaikeiden olosuhteiden aiheuttamaa, muuttaa itseymmärrystä ja tarinaa merkittävästi. (Karp, 1994, 23)

Tarkastelemassani psykiatrian oppikirjallisuudessa ei masennuksesta yleensä puhuta sairautena vaan mieluummin mielenterveyden häiriönä. Lönnqvist ja Lehtonen nimittävät mielisairauksiksi ennen kaikkea erilaisia psykooseja. (Lönnqvist & Lehtonen, 2007b, 47). Kuitenkin sairaus-käsitettä näkee käytettävän myös kliinisissä teksteissä masennuksestakin puhuttaessa. Sosiologi Alain Ehrenberg ottaa kantaa keskusteluun esittämällä, että pelkkä käsitteiden vaihtaminen (esim. sairaus -> oireyhtymä) ei muuta käytännössä mitään, jos oireyhtymiä yhtä kaikki hoidetaan sairauksien

tapaan. Hänen mukaansa myös *häiriö* on paitsi loogisempi, myös antaa sen käyttäjälle huikean mahdollisuuden epätarkkuuteen. (Ehrenberg, 2010, 154, 157–158) Kuitenkin nimenomaan tarkastelemani kliinisen kirjallisuuden varovaisuus tai haluttomuus puhua sairaudesta sai tutkiessa kiinnittämään erityistä huomiota siihen, miten toistuvaa ja monipuolista sairauspuhe oli aineiston masennuskertomuksissa. Ylipäätään väitän, että riippumatta siitä, millaista termistöä tämän hetken psykiatrinen tiedekirjallisuus viljelee, on mahdotonta käyttää käsitteitä kuten *sairaus* tai *oireyhtymä* herättämättä samalla eräänlaista lääketieteellistä puhegenreä, jossa asioita tarkastellaan tiettyjen konstruktioiden kautta.

9.1.1 Sairaus ja paraneminen

Tässä kohden analyysia voi olla syytä kiinnittää huomiota jo pelkästään aineistonani toimineen kirjan nimeen; *Sairauteni nimi on masennus*, sillä se on tietenkin itsessään jo koko lailla selkeä kannanotto siitä, millaisesta ilmiöstä on kysymys. Mainitsin aiemmin, että olisi ollut tutkimuksen kannalta hyödyllistä saada tietää, millaisin saatein ja sanamuodoin kertomuksia on kerätty. Erityisesti sairauden ja terveyden teemojen osalta tämä harmillinen aukko valmiissa aineistossa korostuu; vaikka onkin oletettavaa, että itse otsikko kirjalle on keksitty jälkikäteen, en voi tietää onko kirjoittajia ohjeistettu tarkastelemaan masennusta sairauden kautta, ja voiko tämä olla osaltaan selittämässä sairauspuheen yleisyyttä aineistossani. Myös kirjan esipuheessa (psykiatri) Claes Andersson toteaa seuraavaa: ”Vaikka masennus on selkeästi diagnostiset kriteerit täyttävä sairaus, se on toisaalta ainoa mielenterveyden häiriö, joka on hyväksytty elämän normaalina ilmiönä.” Annan nyt muutaman esimerkin yleisistä sairauden ja sairastumisen puheenvuoroista, jotka kertomusten vaihtelevuudesta huolimatta toistuivat varsin yleisesti ja koherentisti kertomuksesta toiseen.

Minun nimeni on Eija ja sairastan vakavaa psyykkistä masennusta.

Kun sairastuin masennukseen koin sen tappioksi.

Masennus on selkeästi tullut osaksi minua, se on minulle tavallaan krooninen sairaus.

Sairaudekseni on diagnosoitu kaksisuuntainen mielialahäiriö, jossa masennus on hallitseva.

Psykiatri toteaa sairauteni hyväksi puoleksi sen, että pystyn nopeasti unohtamaan vaikeat elämänvaiheet.

Sairauden käsite on kertomuksissa melko järjestelmällisesti läsnä itsestään selvänä tai valmiiksiannettuna piirteenä. Sairautta ja sairastumista ei erityisemmin perustella tai niiden sisällöistä neuvotella. Sairaudesta puhutaan kasuaalisti myös niissä kertomuksissa, joissa muuten on havaittavissa moniäänisyyttä masennuksen syiden määrittelyissä.

Aivan kaikissa kertomuksissa masennukseen ei kuitenkaan viitata sairautena täysin itsestäänselvästi. Kerronnassa esiintyi myös selvää neuvottelua ”sairauden” sisällöstä ja myös sen oikeutuksesta.

Masennus ei ole oikku eikä sitä paranneta ryhdistäytymällä. Se on vakava sairaus, jonka hoitoon tarvitaan paljon panostusta.

Tässä katkelmassa on hyvä esimerkki bahtinilaisesta lausumasta. Paitsi että katkelmassa on kannanotto masennuksesta vakavana sairautena se sisältää myös selviä vastauksia johonkin, mitä on sanottu aiemmin, tai mitä kertoja ennakoi sanottavaksi myöhemmin. Masennus ”ei ole oikku”, vastauksena väitteeseen siitä, että se olisi, ”eikä sitä paranneta ryhdistäytymällä” toisin kuin keskustelussa voitaisiin väittää tai olisi aiemmin väitetty. Katkelmasta käy myös poikkeuksellisen hyvin ilmi tietty validoinnin tarve, joka identiteettineuvotteluun osallistuvilla usein on; tarve saada muut tunnustamaan oma identiteetti ja vahvistamaan sitä samanmielisillä lausunnoilla.

Yleisyydestään huolimatta psykiatrian ääni ei ollut aineistossa täysin koherentti tai hegemoninen. Sairausluokituksia koskevaa vastapuhetta oli aineistossa havaittavissa ennen kaikkea masennuksesta toipumista koskevissa puheenvuoroissa.

En ole sairas, mutta en ole tervekkään, olen uupunut.

Näin ”parantuneena” se on helppo tietenkä sanoa.

Ehkä masennuksesta ei koskaan ”parane”, mutta sen tuomien tunteiden kanssa voi oppia elämään, jos löytää ja uskaltaa kokea omat todelliset tunteensa, eikä pakene niitä.

Erityisesti lainausmerkkien käyttö ilmaisee muutosta kirjallisessa intonaatiossa. Paraneminen, tai sen käyttö käsitteenä masennuksesta toipumisen yhteydessä asetetaan kyseenalaiseksi asettamalla se lainausmerkkeihin. Ensimmäisessä katkelmassa neuvotellaan myös identiteetin rajoista, kun kertoja asemoi itsensä sekä *sairaana* että *terveen* ulkopuolelle.

Psykiatrin lausunnon mukaan olen terve. Kuinka monella lopulta on terveen paperit?! Tässä asiassa taidan olla erikoistapaus, mutta haitanneeko se mitään.

Elämä on taitolaji, mutta papereilla tai arvosanoilla ei pitkälle pötki. Ehkei ole viisautta kertoa olevansa terve. Pitäisi sanoa: olen toipunut masennuksesta tai olen toipumassa masennuksesta. [...] Terveys on veteen pöirretty viiva. Kuka meistä arvioi kenenkin terveyden?

Tässä katkelmassa kertoja spekuloi vielä erityisen eksplisiittisesti terveyden määrittelyä ja lausuntoja papereissa arvioinnin välineinä. Kertoja empii myös terveyden ja masennuksesta toipumisen välillä pohtien, onko *viisautta* sanoa olevansa terve.

9.1.2 Taannehtivat diagnoosit

Yksi kertomusten erityispiirteistä, joka nousi tutkimusta tehdessä esiin, oli ilmiö, jota nimitän tässä tutkimuksessa taannehtiviksi diagnooseiksi. Tällä tarkoitan hetkiä kertomusten kaareissa, jolloin jokin tila tai henkinen ongelma tunnistetaan jälkikäteen vaikkapa masennukseksi. Etenkin kertomuksissa, jotka on pyritty järjestämään (vähintään näennäisen) kronologisesti, nämä taannehtivien diagnoosien ilmaisut tulevat esiin hyvin mielenkiintoisella tavalla. Nimitän niitä *diagnooseiksi* myös siitä syystä, että nämä taannehtivan ymmärtämisen lausumat tuntuvat noudattelevan melko selkeästi psykofarmakologisia määrittelytapoja ja diagnostisia kriteerejä. Siinä mielessä ne edustavat kertomuksissa hyvin sitä, mitä nimitän *psykiatrian ääneksi*.

Toisena terapiavuotena minä tajusin olevani syvästi masentunut. Masennustaustaa minulla oli ollut jo murrosiästä saakka, itse en sitä ymmärtänyt. [...] Ekaluokkalaisena nuorena neitinä minun piti selviytyä kaikesta itse, ja kyllähän minä selvisinkin tiettyyn rajaan asti. Se raja tuli vastaan 1999, jolloin psykiatri määräsi minut sairauslomalle ja diagnoosiksi tuli vastaan vakava masennus.

Tämä katkelma sisältää oikeastaan kaksinkertaisen taannehtivan viittauksen; kertoja viittaa kirjoitushetkellä aiempaan hetkeen elämässä, jolloin ymmärsi jotakin aikaisemmasta elämästään. Kertoja sanoo tajunneensa olevansa ”syvästi masentunut” siinä vaiheessa, kun käy jo toista vuottaan terapiassa. Kertoja viittaa myös toisenlaiseen käännekohtaan ”1999” jolloin hän lakkasi selviämästä, sai diagnoosin ja määräyksen sairauslomasta. Näiden tapahtumien ajallinen järjestys tai päällekkäisyys ei ole kertomuksesta suoraan pääteltävissä. Kuitenkin diagnoosin hetki 1999 on selvä käännekohta paitsi tarinan juonessa, myös identiteettipositioiden osalta. Tämä diagnoosien merkitys narratiivin muodostumisessa onkin näkyvillä useissa kertomuksissa. Seuraavat katkelmat ovat kaikki yhdestä kertomuksesta.

Minulla on ensimmäisen kerran hypomaanisuutta ja maanisuutta. En tajua sitä vielä silloin, vaikka käyn säännöllisesti psykiatrilla.

Nautin todella matkasta ja palaan sieltä virkistyneenä, joskin hypomaanisena, vaikka en sitä itse tajuakaan.

Tässä vaiheessa hypomaanisuus jo nostaa päätään, vaikka en sitä itse tajuakaan.

Heittelehdin hypomaanisuuden kautta manian puolelle, mutta itse en taaskaan tätä havaitse. [...] En tajua, että minulla menee hälyttävän lujaa. Olen ärtyisiä ja aggressiivinenkin.

Kaikissa neljässä katkelmassa viitataan tapahtumiin, jotka ovat ajallisesti tapahtuneet ennen diagnoosin, tässä tapauksessa kaksisuuntaisen mielialahäiriön, saamista. Kertoja mieltää jälkikäteen tietyt vaiheet elämässään hypomaanisiksi kausiksi saatuaan tulkintaa vahvistavan diagnoosin. Kertomus etenee preesens-aikamuodossa, joten nelinkertainen ”vaikka en sitä itse tajuakaan” – reflektointi herätti erityisesti huomiota aineistoa tarkastellessa. Myös David A. Karpin tutkimuksessa tulee esiin psykiatristen käytäntöjen kanssa tekemisiin joutumisen merkitys siirtymänä; Karpin mukaan yksilöt rekonstruoivat ja uudelleentulkitsevat menneisyyttään nykyisten kokemusten valossa (Karp, 1994, 22–23).

Lääkärinlausunnon merkittävyys oman tilan mieltämisessä käy kertomuksissa esille monella tapaa. Mielenterveysongelmien ja niiden diagnoosien katsotaan etenkin antipsykiatrisissa näkemyksissä kantavan tietynlaista häpeällistä stigmaa, jonka psykiatri asettaa yksilöön diagnoosin hetkellä (Szasz, 2007, 7). Karp pitää diagnoosia kaksimerkityksisenä mittapuuna sairastamisen kaareissa. Toisaalta diagnoosi asettaa rajoja tunteille ja toiminnalle, joilla aiemmin ei ollut nimeä. Toisinaan diagnoosin saamiseen kuitenkin joillakin liittyy myös selvää helpottuneisuutta, kun kenties vuosiakin jatkunut epä tietoisuus saa selkeät kehukset. (Karp, 1994, 20) Helpottuneisuudesta kertovia puheenvuoroja esiintyi myös omassa aineistossani:

Lopulta olin niin APAATTINEN ja VOIMATON ja SURULLINEN, että yliopiston yleislääkäri arveli minun tarvitsevan terapeutin apua. Ahdistukseni sai vihdoinkin nimen: keskivaikea masennus

Kun lääkäri kertoi yliopistosairaalan psykiatrisen osastolla diagnoosini: kaksisuuntaisen mielialahäiriö tyyppi II, (yksi todettu hypomania ja useita masennusjaksoja) huokasin helpotuksesta. Tieto ei tullut yllätyksenä. Olin ehdottanut samaa sairautta[sic] minua hoitaneille lääkäreille jo aiemmin, mutta kukaan ei tuntunut ottavan vaihtelevia mielialojani tosissaan.

Jälkimmäisessä kertomuksessa korostuu erityisellä tavalla myös kertojan tilan legitimointi: tieto ”asioiden oikeasta laidasta” oli hänellä itsellään jo ennen diagnoosia, mutta sen saaminen tarkoitti

vaihtelevien mielialojen *tosissaan ottamista*. Katkelmassa huomioni kiinnitti myös tietty diskurssi; diagnoosin nimittäminen *tiedoksi*. Tämä onkin diagnostiikan pätevyyttä arvioidessa mielenkiintoista. Psykiatrian oppikirjassa diagnooseista erikseen argumentoidaan, ettei niillä pyritä luokittelemaan ihmisiä, vaan ne ovat pelkästään hoidon suunnittelua helpottavia työkaluja, joiden tavoitteena on puhdas fenomenologia, ilmiöiden kuvailu sellaisina kuin ne ovat (Lönnqvist, 2007, 49, Lönnqvist & Lehtonen, 2007, 16). Kuitenkin diagnooseille annetaan muissa keskusteluissa selkeästi merkityksiä, jotka viittaavat jäykempään diskursiivisiin kategorioihin, joita vieläpä lisäksi käsitellään tieteellisinä totuuksina asioista. Kertojat ”saavat tietää” sairastavansa masennusta samalla tapaa kuin voisivat saada tietää sairastavansa vaikkapa syöpää.

Miltä minusta tuntui sairastaa psykoottista masennusta? Se oli ensin lievä masennus niin kauan että jouduin osastolle, jossa sain tietää sairastavani vakavaa masennusta. Samana vuonna kun jouduin uudestaan osastolle ja ennen kuin pääsin pois sain tietää sairastavani vakavaa psyykkistä masennusta.

Sairauteni alkoi suunnilleen kolme vuotta sitten, minulla oli kaikenlaisia vaivoja, joiden takia menin lääkäriin. Siellä kävi ilmi että sairastan masennusta, minut ohjattiin Mielenterveystoimistoon ja käyn siellä vielä tänäkin päivänä.

”Kuka omistaa tiedon” on aina hyvä kysymys ja erityisen merkittäväksi se muodostuu tarkasteltaessa vallankäytön hierarkioita ja niiden suhteita. Eräässä aineistoni kertomuksessa ilmaistiin taannehtivasti mielenkiintoista näkemystä masennukselle sokeutumisesta tai kyvyttömyydestä nähdä ongelmaa vielä silloinkaan, kun muut (”ystävät”) jo sen näkevät.

Mutta eihän depressio tyhjästä synny, se ei tule salamana kirkaalta taivaalta. Minuun depressio hiiviskeli hyvin hiljalleen, vaivihkaa ja salakavalasti takaoven kautta. Hyvin huomaamattomasti alkuun ja itselle näkymättömissä pitkään. Vielä silloinkaan kun ystävät jo näkevät jotain olevan vinossa sitä ei itse näe. Depression hiipiessä sinuun et näe metsää puilta!

Psykofarmakologisen äänen ja sanaston käyttö elämäkerrallisissa itselunnehdinnoissa voi olla myös tiedostettu teko kuten käy ilmi seuraavasta katkelmasta. Käytettävä ”psykiatrian termi” on nostettu metatasoisesti esiin ikään kuin erotuksena niistä kaikista muista tavoista, joilla kertoja voisi kuvailla kasvamistaan. Tällä en toki tarkoita ettei myös äänenvaihdos ilman erillismainintaa voisi olla tietoista toimintaa.

Kasvoin ”johdonmukaisesti” ristiriitaiseksi ja epävarmaksi ja minusta tuli psykiatrian termiä käyttäkseni masentunut, epävakaa persoonallisuus, joka kärsi rajatilaoireyhtymästä.

Joissakin kertomuksissa on esitetty tietty "sairastumisen hetki", josta kertoja kokee masennuksensa alkaneen. Se voi liittyä lääkärin antamaan diagnoosiin mutta myös kertojan omaan itsearvioon tilastaan, johonkin tiettyyn käännekohtaan kerronnallisessa elämänkaaressa. Pidän tätä paitsi narratiivisena tehokeinona myös eräänlaisena vaihdoksena identiteetti-positioissa. Tätä tulkintaa tukee myös David A. Karpin tutkimus, jossa masentuneet usein osasivat paikallistaa ajan ja tilanteen tarkkuudella sen hetken, kun tajusivat siirtyneensä itsemäärittelyssä "kaikki ei ole kunnossa" -vaiheesta "psykkisiksi" potilaiksi. Tätä Karp nimittää *kriisiksi* sairastamisen kaaressa. (Karp, 1994, 19)

Muistan varmasti koko elinikäni sen päivän ja sen hetken, kun koko sekä ulkoinen että varsinkin henkinen rakennelmani hajosi totaalisesti. Se tapahtui maanantaina tammikuun 16. päivä 1996.

Menin terveydenhoitajalle kysyäkseni psykologille pääsystä. Tajusin ettei näin voi jatkua. En nauttinut enää mistään. Purskahdin itkuun ennen kuin sanoin sanaakaan, se hävetti, mutta laittoi terveydenhoitajan liikkeelle. Hän hankki minulle apua. Oli lokakuu 2002. Sairastin vakavaa masennusta.

Kaiken piti olla ihan hyvin, mutta sitten tulikin äkkipysäys.

Jälkimmäisessä katkelmassa erityistä huomiota kiinnitti myös se, että "äkkipysäyksen" jälkeen koko loppukertomuksen aikamuoto muuttui presenssiin, kun kertomus oli sitä ennen edennyt imperfektissä. Aikamuodon vaihtaminen vaikutti palvelevan narratiivista siirtymää äkkipysäyksestä nykyhetkeen.

Paitsi että masennuskertomusta ja sen käännekohtia jäsennetään jälkikäteen lääkäriltä saatujen diagnoosien avulla, on kertojilla myös erityinen tapa käyttää diagnostiikkaa itsearvioinneissaan myös lääketieteellisten kehysten ulkopuolella.

Kärvistelen jälleen masennuksen kuilussa. Väittäisin, että kyseessä on tällä kertaa osittain myös reaktiivinen eikä pelkästään kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvä depressio. Irtisanoutumiseni sen sijaan liittyy hypomaaniseen tai jopa maaniseen vaiheeseen.

Mielestäni masennukseni on edelleen reaktiivista eikä kyse ole pelkästään kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä.

Tässä kertoja tekee DSM-IV -diagnostiikan mukaisen erottelun reaktiivisen ja sisäsyntyisen masennuksen välillä ja ilmaisee tilansa itsearvion (*mielestäni, väittäisin*) diagnostisia luokituksia noudatellen. Eroja masennuksen "laaduissa" korostetaan: kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvä

depressio on kertojalle eri asia kuin reaktiivinen, elämäntilanteen aiheuttama masennus. Huomionarvoista on myös valintojen kuten *irtisanoutuminen* perustelu diagnostiikalla ("maaninen vaihe").

Omien tilojen mieltämiseen diagnostisten kriteerien avulla liittyy myös niiden ristiriitaisuus lääkärinlausuntojen kanssa. Kertajat ilmaisevat toisinaan tyytymättömyyttä tai erimielisyyttä diagnooseistaan. Nimitän tätä diagnooseista neuvotteluksi.

Minulla on alkanut olla sellaisia oireita, joita itse nimitän paniikkioireiksi. Lääkäri toteaa kuitenkin, ettei minulle ole puhjennut paniikkihäiriö.

Ystävilleni olin todennut useita kertoja humoristisesti olevani maanis-depressiivinen.

On kohtalaisen mielenkiintoista, miten tieteellistä ja etenkin lääketieteellistä sanastoa kaapataan omaan käyttöön vielä senkin jälkeen, kun lääkäri on tietoisesti jättänyt diagnoosin tekemättä. Tämänkaltaisen neuvottelun masennuskertomuksissa voidaan ilman muuta katsoa liittyvän myös suurempaan keskusteluun masennuksen asiantuntijuudesta ja "totuuden" omistajuudesta. Kyse voi siis olla masentuneiden toimijuudesta itsessään (tästä enemmän luvussa 9.5).

9.1.3 Uusiutuva masennus

Eräs niistä psykiatrisen puhegenren esiintymistä, joka toistui useassa kertomuksessa, oli tietty masennuksen uusiutumisen diskurssi. Se on yksi niistä teemoista, joihin tulin kiinnittäneeksi huomiota nimenomaan siksi, että sen esiintyminen oli toistuvaa. Pelkästään koko idea **uusiutumisesta** edustaa kertomuksissa lääketieteellistä puhegenreä – yleensä lähinnä sairaudet tai kudokset uusiutuvat, sen sijaan esimerkiksi poikkeuksellisista elämäntilanteista tai yleisemmistä mielialoista harvemmin sanotaan, että ne olisivat "uusineet".

Kertomuksellisesti kommentit tai kannanotot masennuksen uusiutumisesta sijaitsevat yleensä kertomusten loppupäässä. Useilla kertojilla tuntuu olevan tarve tiedostaa ääneen masennuksen "uusiutumisriski" kertomuksen loppuyhteenvedossa, ns. coda-osuudessa (ks. esim. Labov & Waletzky, 1967/1997). Pidin tätä mielenkiintoisena – jälleen kerran olisi ollut mielenkiintoista tietää, onko uusiutumista pyydetty kommentoimaan esimerkiksi kertomuksia kerätessä, vai onko kyseessä jonkinlainen yleisempi "hyvän kertomuksen" osa. Pohdin myös sitä, kiinnitetäänkö masennusta näillä puheilla kenties pysyvämmäksi osaksi identiteettiä – sitä kun on mahdollista tarkastella myös kokonaan väliaikaisena ja ohimenevänä positiona.

Olen myös tietoinen, että sairauteni voi uusia. Olen valmistautunut siihen siten, että olen tarkempi itseni suhteen, eli miten ja mille kaikelle altistan itseni.

Tiedän että masennus seuraa minua koko elämäni ajan, olen sen hyväksynyt vähitellen.

Olen nyt pärjännyt ilman lääkkeitä kaksi vuotta. Tiedän kyllä, että masennus voi uusiutua.

Nämä katkelmat ovat vain muutamia esimerkkejä vastaavien joukosta. Erityisesti kiinnitin huomiota katkelmien lausumanomaisuuteen: ”olen myös tietoinen, että sairauteni voi uusia”, ”tiedän että masennus seuraa minua koko elämäni ajan” ja ”tiedän kyllä, että masennus voi uusiutua” ovat kaikki tietynlaisia kannanottoja aiempiin ja tuleviin lausumiin. Kertojat haluavat tehdä *tietoisuutensa* masennuksen eri ulottuvuuksista eksplisiittisesti tiettäväksi. Oma pohdinnanaiheensa toki on, mistä näkemykset uusimisriskistä on alun perin napattu; kaikki kertojista kun eivät ole potentiaalista ”uusiutumista” itse kokeneet. Psykiatrisessa kirjallisuudessa toki uusiutumisesta puhutaan ja riskit listataan prosenttiyksiköitä myöten (Isometsä, 2007, 163).

Täydellistä parantumista ja muutosta olen ajat sitten lakannut odottamasta, kunhan löytäisin tasapainon itseni kanssa ja sopivan tyyneyden tilan elää elämäni puutarhassa loppuun saakka.

Joistakin kertomuksista käy ilmi ylläolevan katkelman zeniläistä filosofiaa tai kognitiivista psykologiaa mukaileva ajatus uusiutumISRISKIN ja parantumattoman sairauden *hyväksymisestä* osana hyvää elämää – tai hyvää tarinaa.

9.1.4 Masennus ja somaattiset sairaudet

Arki- ja mediakeskusteluun masennuksen oikeutuksesta liitetään usein⁹ teema, jossa masennusta verrataan somaattisiin sairauksiin tai pyritään erityisesti korostamaan masennusta neurokemiallisena häiriötilana. Myös tarkastelemani antipsykiatrisen kirjallisuus antoi ymmärtää, että masennusta on myös ulkomaisissa keskusteluissa, jopa neurotieteellisissä, verrattu synty- ja toimintatavoiltaan esimerkiksi diabetekseen (ks. esim. Leventhal & Martell, 2006). Tämän neuvottelun tavoitteena lienee paitsi selkeän syyn ja parannuskeinon etsiminen myös masennuksen selkeä legitimointi *oikeaksi* sairaudeksi, jonka perusta on elimellisessä toimintahäiriössä. Joitakin esimerkkejä tästä diskursiivisesta strategiasta löytyi myös omasta aineistostani.

⁹ Ks. esim. *Hullun lailla*, Neil Hardwickin omaelämäkerrallinen kirja masennuksesta, 1999.

Toivoin koko ajan, että minulle tapahtuisi jotakin ”hyväksyttävän” huonoa, että esimerkiksi edes jalkani menisi poikki, että saisin olla rauhassa kaikelta.

Sairautenakaan masennus ei siis ole kiistatta ”hyväksyttävien” joukossa, koska se ei ole ulospäin havaittavissa. Sairauksienkin joukossa sen asemasta ja merkityksestä on neuvoteltava. Masennuksen asemoiminen somaattiseksi sairaudeksi hälventää kenties sen stigmaa mielenterveyden ongelmana. Samalla se kuitenkin tekee masennuksesta lähes yksinoikeudella lääketieteellisen huomion ja hoidon kohteen.

Useissa kertomuksissa kertojat luettelevat myös listan somaattisia oireita, joiden takia ovat käyneet lääkärissä, turhaan. Jälkikäteen oireet yhdistetään taannehtivasti masennukseen.

Kaiken lisäksi minulle alkoi tulla monensorttisia fyysisiä vaivoja: pahoinvointia, väsymystä, päänsärkyä, vatsakipua ym. Kävin lääkärissä useaan kertaan, mutta vaivoille ei löytynyt syytä.

Luulin saaneeni sydänvian, kun henkeäni salpasi. Vatsani reistaili ja juoksin WC:ssä seitsemänkin kertaa päivässä. Kävin säännöllisesti hierojalla, koska niskani ja selkäni olivat koko ajan jäykät ja kipeät.

Minulla oli koko ajan kipuja, uupumusta ja ahdistusta, mutta lääkärit totesivat minut aina terveeksi. Totuin oireisiini ja järjestelin elämäni niin, että selviäisin, vaikka makaisin välillä kaksi päivää pimeässä huoneessa.

Pidän tätä osaltaan tapana neuvotella masennuksen luonteesta sairautena ja sen ilmenemismuodoista. Varsinkin masennuksen ja psykosomaattisen kivun yhteydestä keskustellaan mediassa ja tieteenkin sisällä enenevässä määrin.¹⁰

9.2 Psykoanalyysin ääniä: viha

Yksi yleisyydellään yllättäneistä ja voimakkaasti esiinnousseista aiheista aineistossa on vihan ja kätkeytyjen tunteiden tema. Erilaisissakin tarinoissa se toistuu hyvin samankaltaisena. Vihaa luonnehditaan kielletyksi, piileväksi, tiedostamattomaksi ja poissuljetuksi tunteeksi. Se ilmenee masennuksen kanssa yhtäaikaisesti, estää tuntemasta ”todellisia” tunteita, kääntyy itseä vastaan ja toimii masennuksen suojavaippana. Sillä selitetään aineistossa esimerkiksi masennuksen syitä.

¹⁰ Erityinen ja tuore popularisoitu esimerkki masennuksen yhteydestä kipuun on hiljattain televisioon ilmestynyt kansainvälisen lääkeyrityksen mainos *Masennus sattuu*, josta enemmän luvussa 11.

Mielestäni depression keskeinen syy ja aiheuttaja ovat ne tukahdetut tunteet, joita ei voi tai saa ilmaista, ja samalla tuntea mielessään. Viha on lähes aina depression kääntöpuolena kuin kolikon toinen puoli. Missä toinen, siellä toinenkin. Torjuttu, tukahdutettu viha on kansi, joka lukitsee alleen depressiota aiheuttavat tukahdutetut tunteet.

Masennuksessani on monta eri kerrosta: vanhaa surua, koteloitunutta purkautumatonta vihaa, monta vanhaa itkua ja yksinäisyyttä.

Pidän selitysmallia kielletystä vihasta masennuksen syynä ja aiheuttajana ennen kaikkea psykoanalyttisen perinteen piiriin kuuluvana (ks. esim. Freud, 1990/1917; DiGiuseppe & Tafrate, 2007). Joissakin kertomuksissa toistuvat psykoanalyttisen kirjallisuuden sisällöt sellaisella tarkkuudella, että kerronnasta voidaan hyvin tunnistaa se, mitä nimitän *psykoanalyysin ääneksi*.

Jos vihaa ei voi tuntea, se kääntyy lopulta omaan itseen. Ja mukaan tulee toivottomuus, mitään parempaa ei ole enää odotettavissa tulevaisuudessa.

Minä luulin, että ongelmat olivat ohi, kun lapsuudessa alkanut masennukseni loppui vuosikymmenten jälkeen. Niin ei käynyt. Sittenhän vasta työmaa alkoikin, sillä elämä alkoi tuntua. Masennus oli toiminut suojavaippana. Erityisesti kieltämäni tunteet, viha ja pelko, nousivat pintaan.

Aineistoni kertomuksissa, joissa viha on teemana esillä, masennus on lähes järjestelmällisesti vihan aiheuttamaa sen sijaan että sitä pidettäisiin masennuksen sivutuotteena. Toisaalta vihan kokeminen ja ilmaiseminen nimetään myös avaintekijäksi masennuksesta vapautumisessa. Useissa eri kertomuksissa toistuu kätkeytyjen ja kiellettyjen tunteiden löytämisen ja käsittelyn merkitys masennuksen hoidossa. Joissakin mainitaan eksplisiittisesti terveydenhuollon ammattilaiselta saatu ”lupa” tuoda esiin kielteisiä tunteita.

Terapiassani olen kuorinut sieluani kuin sipulia. Olen kerrannut elämäni väsyksiin asti kärsivällisen analytikkoni kanssa. Olen löytänyt itsestäni tunteita, joihin minulla ei koko elämäni aikana ollut kosketusta.

Lääkäriltäni sain myös luvan omien tunteiden näyttämiseen. Olin hänen mukaansa ollut liian kiltti, koska pelkäsin näyttää negatiivisia tunteita.

Lääkäri ja hoitaja ymmärsivät ja tukivat minua. He auttoivat minua tunnistamaan ahdistuksen joukosta tunteita. Lopulta löytyi viha, tuo kiellettyistä kiellettyin tunne, joka ei aluksi mahtunut sisätiloihin.

Tiiviisti ammattilaisilta saatuihin oikeutuksiin tuntuu liittyvän myös kiellettyjen tunteiden tiedostamattomuus masentuneelle itselleen. Kertomuksissa kuvataan sitä, miten piilevä viha on

”löydetty”, havaittu ja ymmärretty vasta taannehtivasti, usein hoidon yhteydessä jonkun muun avustuksella.

Ajan mittaan mielialani laski, olin kerännyt itseeni synkkää katkeruutta ja piilevää masennusta. Itse sitä en kunnolla tiedostanut.

Syyskesällä tai syksyllä lääkäri ehdotti minulle psykologin tekemää testiä ja tietysti suostuin siihen. Ihmettelin, miksi jokainen kuva esitti kahta ihmistä tai hahmoa, joiden välillä oli valtavasti vihaa ja verenvuodatusta. Minua puistatti kuvien näkeminen ja sanoinkin siitä psykologille. Luulin todella, että jokainen näki kuvat samoin, mutta sainkin kuulla, että minun sisälläni oli valtava määrä pelkoa ja kaikenlaisia hyvin negatiivisia tunteita.

Kun jokin on ”tiedostamatonta”, herää kysymys siitä, kuka omistaa totuuden ja miten siihen voidaan päästä käsiksi. Jossakin määrin näitä vihan taannehtivan löytämisen puheenvuoroja voi tarkastella neuvotteluina siitä, kenellä on tieto ja kuka on oikeassa; eräänlaisina kannanottoina masennuksen itseymmärryksestä ja toimijuudesta, kuten vaikkapa tässä katkelmassa:

Terapeutti pyytää minua kirjoittamaan joka kerraksi jotakin menneisyydestäni tai nykyisyydestäni. Hän toteaa, että minulla on paljon vihaa sisälläni. Väitän pitkään vastaan, mutta vähitellen ymmärrän, että hän on oikeassa. Masennus on aina aikamoinen latinki vihaa joko minua itseäni tai muita kohtaan.

Mainitsin aiemmin, että pidin vihakuvausten esiintymistä kertomuksissa yllättävänä. Tällä en tarkoita niinkään sitä, että olisin erityisesti odottanut kertomuksilta jotakin tiettyä muotoa tai tiettyjä teemoja, tai toisaalta myöskään niiden puuttumista. Pikemminkin yllätyin siitä, miten samankaltaista puhe vihasta kielletynä tunteena oli ja miten koherentisti se esiintyi kertomuksissa, jotka muuten olivat muodoiltaan ja sisällöiltään erilaisia ja vaihtelevia. Se sai pohtimaan, onko viha kenties (vähintäänkin ollut) jonkinlainen yleisempi teema, johon hoidossa tai esimerkiksi itsehoitokirjallisuudessa tai mediassa on keskitytty kiinnittämään huomiota. Ainakin voidaan todeta, että aineistoni kertomusten luonnehdinnat vihasta noudattelivat kutakuinkin psykologisten, etenkin psykoanalyttisten teorioiden selitysmalleja.

Tunteiden piilottaminen vie voimat. Sitä minä olin tehnyt koko elämäni, melkein 50 vuotta. En vain tiennyt sitä, koska negatiivisten tunteiden tietoisuudesta pois sulkeminen oli tullut minulle tavaksi ja hyväksi minän puolustuskeinoksi jo lapsena.

Ylläolevasta katkelmasta käy hyvin ilmi myös, miten psykologisen ajattelutavan läpäisemiä kieli ja ajattelu parhaimmillaan ovat. Omaelämäkerrallisessa tekstissäkin käytetään luontevasti ja läpinäkyvästi termejä kuten ”tietoisuus” ja ”minän puolustuskeino”, jotka tuskin ovat alun perin

olleet arjen käyttösanastoa, mutta ovat sitä hyvinkin nyt.

9.3 Neuvottelua masennuksesta

Tässä luvussa käyn läpi sitä erityistä neuvottelua, jota masennuskertomuksissa käydään masennuksen määrittelytavoista, oikeutuksista ja merkityksistä osana henkilökohtaista tarinaa. Huomattava osa masennuskertomusten identiteettineuvottelusta ja vastapuheesta tulee esiin nimenomaan näissä puheenvuoroissa.

9.3.1 Syitä ja selityksiä

Olen tähän mennessä esitellyt masennuksen erilaisia tieteellisiä syyselityksiä ja niiden problematiikkaa. Myös aineistoni kertojat ottavat kantaa masennuksensa syntyyn ja syihin. Pääosin lausumat noudattelevat tieteellisiä määrittelyjä eikä esimerkiksi antipsykiatrissa vastapuhetta ilmene merkillepantavasti. Useista puheenvuoroista välittyy kuitenkin kertojan epävarmuus ja/tai epätietoisuus tilansa syistä ja vahvojen kannanottojen sijaan kertomuksissa enemmänkin spekuloidaan mahdollisia aiheuttajia.

Siitä huolimatta, että David A. Karpin mukaan perimä/ympäristö -keskustelu ei kosketa ihmisiä arkipäivän tasolla (Karp, 1994, 23), useissa kertomuksissa otetaan jollakin tavalla siihen osaa. Yleisiä syiden yhteydessä läpikäytäviä teemoja ovat geneettiset alttiudet, lapsuusajan tapahtumat ja myöhemmät vaikeat olosuhteet, etenkin työelämässä.

Perinnöllistä alttiutta psyykkisiin sairauksiin minulla varmaan on, sillä tätini sairastaa skitsofreniaa. Koulussa halusin pärjätä hyvin ja varsinkin lukioaikana luin valtavasti. [...] Minulta ei kouluaikoina vaadittu paljon kotitöiden tekoa, joten suuntauduin yksipuolisesti koulussa pärjäämiseen. Vanhempani ehkä toisaalta lähettivät tietämättään sellaisia viestejä, että elämässä on pärjättävä hyvin.

Mietin jatkuvasti syitä, miksi sairastuin ja miksen ole parantunut, kuten monien kohdalla on käynyt. Luultavasti burnout-tilanne vain laukaisi minussa piilevän masennuksen, joka monien syiden yhteensattumana pääsi kroonistumaan.

En ole halunnut masennusta, se on tullut lupaa kysymättä ja jäädäkseen, luultavasti osittain suvun perintönä. Jo mummoni aikoinaan sairasti masennusta [...]

Näissä puheenvuoroissa operoidaan hyvin pitkälti psykiatrian äänillä. Mukana on ripaus biologiaa; *perinnöllisten alttiuksien* aspekti on mukana keskustelussa ikään kuin täysin itsestäänselvästi, annettuna totuutena. Puhe perimästä asemoi masennuksen suoraan sairaudeksi ja biolääketieteen

kohteeksi. Genetiikkapuhe aineistossa on melko ympäröivää: ikään kuin tiedostetaan ääneen perinnöllisten alttiuksien olemassaolo, mutta ei tarkemmin sitä, mitä se biologisella tasolla tarkoittaa. Kertomuksissa nostetaan esiin myös psykoanalyttisen diskurssin mukainen ajatus hoivan puutteesta masennuksen synnyttäjänä.

Hylätyksi tulemisen tunne on yksi minun perusongelmiani ja se näkyy kaikissa ihmissuhteissa. Hyvinkin pienestä eleestä tai sanasta koen, että nyt minut heitetään tarpeettomana pois.

Tajusin eletyn elämäni, olin vammautunut jo pienenä rakkauden puutteesta, välinpitämättömyydestä ja osaamattomuudesta. Se ei ollut kenenkään vika.

Ankaran ja kaikessa täydellisyyteen pyrkivän isäni ääni suputti alituisen korvaani, että tee nyt tuo ja tuo kunnolla.

Kolmannessa katkelmassa yllä kertoja tunnistaa taannehtivasti perhesyyn, kuvaannollisen "isänsä äänen", joka on pakottanut tietynlaiseen käyttäytymiseen.

Toisaalta itsearviointit, jos epävarmatkin, osoittavat tietyllä tapaa toimijuutta oman masennuksen suhteen. Eräässä puheenvuorossa auktoriteetti ja tieto luovutetaan "ammattilaisille" eli hoitavalle henkilökunnalle.

En osaa sanoa varmasti mikä aiheutti minun sairastumiseni masennukseen. Olen kerännyt tietoa masennuksesta, mutta kaikissa jutuissa on vaan samoja asioita jotka jo tiedän entuudestaan. Ehkä psykologini osaisi kertoa syyn sairastumiseeni. Voi olla että lapsuudessa on tapahtunut jotain sellaista joka tämän aiheutti.

Yhtä lailla asiantuntijoiden näkemyksiä toisaalta myös arvostellaan ja kyseenalaistetaan. Luonnehdinnat otetaan vastaan, mutta niistä muodostetaan synteesi tai hylätään ne oman näkemyksen pohjalta:

Paljon olen oppinut, mutta paljon on vielä opittavaa. Jokaisella ammattilaisella on oma näkemyksensä: joku viittaa lapsuuteni vaikeuksiin, joku luonteeni ankaruuteen, mutta tuskin koskaan tulen saamaan selkeää tietoa tai selitystä siitä, miksi sairastuin.

Oikeastaan mielenkiintoisinta syistä neuvotteluissa on niiden moniäänisyys. Kertomuksissa yhdistellään erilaisia masennuksen määrittelytapoja jopa keskenään ristiriitaisilla tavoilla. Tämä on tietenkin tavallaan tuttu ilmiö kaikessa popularisoidussa tieteessä. Tieteelliset ilmiöt sulautuvat arkiajatteluun ja -puheeseen irrallaan kontekstista ja sekoittuen toisiinsa. Esimerkkinä tästä sulautumisesta aineistossa voisi pitää vaikkapa tätä katkelmaa:

Minulle masennus on asennesairaus, sen juuret ovat perimässä, aivojen toiminnassa, elämäkokemuksissa ja minussa itsessäni. Masennuksesta voi toipua, mutta se on kovaa työtä, jota masentunut ei aina kykene yksin tekemään. Olisikohan rakkaus sittenkin paras lääke?

Katkelmasta pisti alun perin silmään mielenkiintoinen käsite *asennesairaus*, jota pidän jonkin sortin oksymoronina. Olen taipuvainen ajattelemaan, että sillä tarkoitetaan kutakuinkin kognitiivisen psykologian mukaista masennuksen syntymallia, jossa masennus on seurausta vääristyneistä ja negatiivisista ajatuksista (l. tässä siis asenteista) koskien itseä ja muuta maailmaa. Kuitenkin kertoja jatkaa heti perään perimästä ja aivojen toiminnasta (mikähän muuten olisi se perimän ja elämäkokemusten ulkopuolelle jäävä ”minä itse”?) ja ehdottaa vielä lopuksi rakkautta parhaaksi lääkkeeksi saaden aikaan hyvin kiehtovan sekoituksen erilaisia selityksiä ja erilaisia ääniä. Toinen esimerkki psykiatrian, kognitiivisen psykologian ja psykoanalyysin äänten sekoittumisesta on tässä katkelmassa:

Masennukseni oli asennoitumissairaus. Valokuvatermejä käyttäkseni katsoin negatiiveja. Katarttisen regression jälkeen tajusin tilanteeni ja päätin tehdä kaikkeni, että muuttuisin positiivin näkijäksi.

Tässä katkelmassa jo pelkästään *katarttinen regressio* kiinnitti huomioni. Se on käsite, joka liittyy erityisesti freudilaiseen psykoanalyysiin ja vihanhallintaan (ks. luku 9.2). Edellisen katkelman tapaan puheenvuorossa sekoittuvat myös kognitiivisen psykologian ajatus negatiivisista käsityksistä ja lääketieteellisestä sairaudesta. Kertoja myös tekee erityisen huomautuksen omasta metaforastaan (”valokuvatermejä käyttäkseni”).

Kiinnitin vielä erityistä huomiota erityisiin esiintymiin kertomuksissa. Ne edustavat aineistossani tietynlaisia *psykokulttuurin* ääniä; arjessa ja mediassa toistuvia teemoja jotka ikään kuin lainaavat tieteellisiä ja etenkin psykologisia diskursseja perustumatta kuitenkaan varsinaisiin tieteellisiin teorioihin.

Mietin, että tällaista on elämättömän murrosiän läpikäyminen 40-vuotiskriisin yhteydessä?

Halusin itse myrskylinnuksi. Nyt näen siinä vaaran merkit, on mahdollista sairastua vahvuuteen.

Sekä *vahvuuteen sairastuminen* että *elämätön murrosikä* ovat varsin popularisoituneita selityksiä erilaisille elämäntilanteille. Tieteellisen tarkastelun ulkopuolella niihin tuskin kiinnittäisi edes huomiota. Elämätöntä murrosikää voitane jossain määrin tarkastella vaikkapa Eriksonin

kriisiteorian (ks. esim. Erikson, 1968) kehyksissä: aiemman kriisin epäonnistuneen ratkaisun vaikutukset kumuloituvat myöhempään elämänvaiheeseen tai seuraavaan kriisiin. Kuitenkaan psykologia ei tunne elämätöntä tai myöhästynyttä murrosikää (engl. delayed / second puberty) muuten kuin fysiologisena hormonihäiriönä varsinaisen murrosiän yhteydessä. Vahvuuteen sairastuminen taas liippaa psykoanalyttisia tekstejä lapsuudesta ja kumpuaa jonkinlaisesta narsismi/läheisriippuvuuskeskustelusta¹¹. Arkipuheessa ja mediateksteissä molempiin käsitteisiin törmää toisinaan.

9.3.2 Masennuksen oikeutus

Yksi selkeimmistä neuvottelunaiheista aineistossani oli masennuksen oikeutus; se, millaisin reunaehdoin on sallittua sanoa olevansa masentunut tai millainen on ”oikeasti masentunut”. Tämä osuus aineistosta onkin sinänsä tutkimukseni ydintä: näissä puheenvuoroissa kertojat neuvottelevat identiteetistä, tekevät varsin poliittisia kannanottoja, käyvät läpi kohtaamiaan ennakkoluuloja sekä vastaavat menneisiin ja tuleviin lausumiin masennuksen ja masentuneiden määrittelyistä. Oikeutukseen kiteytyy monella tapaa masennuksen problemaattisuus ilmiönä. Jos masennus yhtä lailla hyväksytään arkipäivän ilmiönä kuin vakavana sairautena, muodostuu kynnyksysymykseksi se, mihin vedetään raja ja kuka sen voi oikeutetusti vetää. Tähän liittyy myös tieteellisten debattien kuuma peruna: jos ei ylipäätään ole olemassa yksimielisyyttä siitä, että masennus olisi sairaus tai edes oireyhtymä, voidaanko kliinistä masennusta käsitellä lääketieteellisenä legitimaationa? Pidetäänkö ”sairauden” tai ”oikean masennuksen” rajana lääkärin antamaa diagnoosia vaiko masennuksen kestoa, itsetuhoisuutta, työkyvyn menettämistä, muutoksia elämänlaadussa jne.? Pilgrim & Bentall argumentoivat, ettei mitään biologisia markkereita ”oikeasti masentuneiden” erottamiseen ole olemassa. (Pilgrim & Bentall, 1999, 263) Masennuksen diagnostiikka keskittyy vain tiettyihin, yleisinä pidettyihin oireisiin.

Masentuminen on nyt muodikasta. Trenditietoinen ihminen tilittää iltapäivälehdessä omaa masennustaan tyylikkäästi – se lisää lehden levikkiä ja kiillottaa sammuvan tähden julkisuuskuvaa kauniiden ihmisten tähtitaivaalla. Masennuksestaan kertovat ihmiset näyttävät meikatuilta ja muotivaatteistaan[sic] perin hyvinvoivilta. Kokemuksesta voin kertoa, että hieltä löyhkäävänä, likaisissa vaatteissa, rasvaisessa tukassa ja tunkiolta maistuvan suun kanssa eläminen on muuta kuin muodikasta maanantaimasennusta.

Katkelmissa otetaan kantaa erikoiseen näkemykseen masennuksesta muoti-ilmiönä. Arkipuheessa

¹¹ Jäljitin suomenkielisen käsitteen alkuperää (vahvuuteen sairastumisesta) Tommy Hellstenin kirjoituksiin asti, mutta sen tieteellisempiä viitteitä en senkään tiimoilta löytänyt.

kyseiseen diskurssiin törmää toisinaan. Masennuksen yleisyyslukemien nousua ja sitä mukaa masennuksen kanssa esiin tulleiden julkisuuden henkilöiden kasvanutta määrää selitetään arkisesti ilmiön ”muodikkuudella”. On toki äkkiseltään vaikea ymmärtää, miksi kärsimys tai jopa sairaus olisi erityisen tavoiteltua tai modikasta. Siksi on syytä olettaa, että diskurssiin liittyy jotakin muuta, esimerkiksi pelkoa vähättelevästä suhtautumisesta. Tässä kertomuksessa muodikkuudesta neuvottelee nimenomaan masennuksen kokenut kertoja, joka haluaa tehdä eron oman kokemuksensa ja lehtien palstoilla esiintyneen ”muodikkaan maanantaimasennuksen” välillä¹². Eroa tehdään siis suuntaamalla vähättely siihen kohteeseen, jonka ei katsota kärsivän ”oikeasta masennuksesta”. Katkelmassa neuvottelu eroista tuodaan esiin ulkoisten tekijöiden kautta: oikeasti masentunut ei ole *meikattu* tai *muotivaatteissaan hyvinvoivalta näyttävä* vaan löyhkäävä ja peseytymätön. Tämä keskustelu nimenomaan ulkonäöstä huolehtimisen merkityksestä masennuksen oikeutuksessa ja ulospäin näkyvästä masennuksesta oli aineistossa näkyvillä muutenkin.

Koska olen vaikeistakin ajoista huolimatta pyrkinyt huolehtimaan ulkonäöstäni, pukeutumisestani, jopa kodistani, olen kokenut, etten ole uskottava. Että minun täytyy tehdä jotain todella karmaisevaa saadakseni auttavan tahon näkemään ja kuulemaan avuntarpeeni.

Sairaalassa näytin niin terveeltä, että hoitaja tunnisti minut omaiseksi päästäessään minut ulos. Minua ei ole eristetty tai unohdettu. Muutto suureen kaupunkiin antoi mahdollisuuden soluttautua muiden niin sanottujen normaali-ihmisten sekaan. En ole vaarallinen kenellekään.

Jälkimmäisen katkelman kertoja ei selitä tarkemmin, mitä tarkoittaa *terveeltä näyttäminen*. Kuitenkin kertoja implikoi selvästi, että on ollut olemassa hoitohenkilökunnan silmissä ulkoisesti sairaan ja terveen ihmisen positiot, joista jälkimmäiseen asetettu ihminen on ”tunnistettu omaiseksi” sairaalaympäristössä. Samalla kertoja tekee rajanvedon itsensä ja niin sanottujen normaali-ihmisten välillä puhuen parodisoidusti jopa *soluttautumisesta*. Kokonaan oma lausumansa on vielä katkelman lopun kannanotto kertojan, siis masentuneen ja/tai sairaalahoidossa olleen, vaarallisuudesta muille ihmisille. Kyseessä lienee kannanotto johonkin yleisempään mielenterveyden ongelmien stigmaan, sillä masentuneita kuulee harvoin luonnehdittavan *vaarallisiksi* muille kuin itselleen.

Hoitamattoman ulkonäön lisäksi masennukseen liitetään kertomuksissa myös muita toimintakykyyn ja elämänhallintaan liittyviä attribuutteja. Toimintakyvyn rajoittuneisuuteen ja hoitamattomaan

¹² Eräässä kertomuksessa tosin myös kertoja itse mainitsee saaneensa ”muotitaudin, burn out’in”.

ulkonäköön liittyy kertomuksissa myös stigmaa, jonka kertoja kokee itseensä asetetun kun hän on päätenyt masennuksen vuoksi sairaalahoitoon:

Minulle ei koskaan ole tuottanut suuriakaan ongelmia siivota, laittaa ruokaa, kattaa pöytää, käydä kaupassa, hoitaa raha-asioita tai ylipäättään tulla toimeen normaalissa yhteiskunnassa, mutta enemmistö osaston potilaista oli sellaisia, jotka olivat hyvin laitostuneita ja he tarvitsivat tällaista valmennusta. Sinänsä minua loukkasi tavattomasti, että minut asetettiin samalle viivalle näiden muiden kanssa.

Tavallaan juuri tähän keskusteluun ja etenkin masennuksen oikeutuksista osuu Kenneth J. Gergenin sosiaalisen konstruktionismin näkemys masennuksesta tietoisena toimintana (Gergen, 1999, 137). Yksilö voi ikään kuin ”tehdä masennusta” ja lunastaa positionsa masentuneena toteuttamalla joitakin tiettyjä tilaan liitettyjä ominaisuuksia ja pidättäytymällä niistä, joita ei katsota masennukseen kuuluviksi. Aineistossa esiin nousivat erityisesti ulkoiset seikat (ulkonäöstään huolehtiva ei voi yhtä suurella todennäköisyydellä olla ”oikeasti masentunut”), mutta toiminnan osa-alueita on muitakin. Esimerkiksi ollakseen ”riittävän masentunut” sairausloman oikeuttavan diagnoosin (ja siten eräänlaisen tilansa legitimoinnin) saamiseen yksilön on oirehdittava etenkin työkyvyn menettämisen kautta. Sairaalahoitoa taas määrätään, kun yksilön käytös on itsetuhoista tai toimintakyky menetetty pitkäkestoisesti täysin. Nämä ovat tiloja, joista yksilöiden on vakuutettava kanssaihmiset ja psykiatrisen profession edustajat (tietoisinkin) toiminnan kautta. Tästä on pitkälti kyse harrélaisissa identiteetti projekteissa tai rooliperformansseissa (Harré, 1983, 274). Masentuneen ja mielenterveyspotilaan lisäksi omana positionaan aineistossa esiintyi myös mielenterveyskuntoutuja, johon myös liitettiin tiettyjä odotuksia ja oletuksia.

Lääkäriini pyysi minua kerran kertomaan sairaudestani opiskelijoilleen. Olin innoissani. Opiskelijat tuskin uskoivat minun olevan mielenterveyskuntoutuja.

Keskustelua ”vääränlaisesta masennuksesta” ja julkkismasennuskertomusten yleistymisestä on tutkijana helpompi tulkita muuten kuin osoituksena *muodikkuudesta* tai *trenditietoisuudesta* (aineistosta poimittuja sanoja). Antipsykiatrisessa tulkinnassa selitys näille olisi psykokulttuuri ja arkielämän medikalisoituminen: lääketieteen kehittyessä ja ilmiöiden yleistyessä on yksinkertaisesti alettu tulkita lääketieteellisen viitekehyksen läpi sellaisiakin tunteita ja kokemuksia, joita ennen ei olisi keksitty luonnehtia masennukseksi tai depressioksi. (ks. Myös esim. Gergen, 1999, 40) Tämä lääketieteellisen termistön leviäminen arkikieleen on taas osaltaan luonut lisäpainetta ilmiöiden taksonomisille luokituksille ja ”aidon kliinisen masennuksen” erottamiselle muista tiloista, joihin liittyy samoja kokemuksia. Muodikkuuskritiikkiin liittyy sekin näkökulma, että (vääränlaista) tilaansa masennukseksi luonnehtivien yksilöiden katsotaan kaiketi tavoittelevan niitä positiivisia

ominaisuuksia tai oikeuksia, joita masennuksen legitiimiin positioon liitetään. Näihin attribuutteihin taas muodikkuskriitikkojen mukaan ei kaikilla tule olla yhtäläistä pääsyä.

Ulkopuolisten luonnehdinnat

Monissa kertomuksissa halutaan erityisesti käydä läpi kanssaihminen reaktioita ja kommentteja ja varsinkin eksplisiittisesti neuvoa esimerkiksi omaisia masennukseen suhtautumisessa. Puheenvuorot liittyvät monella tapaa keskusteluun masennuksen oikeutuksesta. Niistä on luettavissa myös neuvottelua vertaistuen merkityksistä.

Toisinaan kommenttien esittäjä tai luonnehdintoja tekevä osapuoli on jonkinlainen yleisempi määrittämätön ”toinen”. Kyse voi olla ennakoiduista lausumista tai yksittäisten kannanottojen yleistämisestä koskemaan laajempia ihmisryhmiä, ”joitakin”, ”monia”.

Olen kyllä joutunut törmäämään myös silkkaan määrittelyyn laiskuudesta ja saamattomuudesta sekä kyräilyyn, voiko kanssani ylipäätään enää normaalilla tavalla olla tekemisissä.

Monille minä olen pelottava, ylpeä, ärsyttävä, uuvuttava ja outo. Niin olenkin, mutta on minussa muutakin, joten havainnot ovat vastaanottajan vastuulla.

Jo pelkästään ryhtini kuulemma kielii siitä, että olen aikamoisen masentunut.

Näistä ensimmäisessä katkelmassa oli selkeästi eksplikoitu näkemys masennuksesta laiskuutena ja saamattomuutena. Aineistoa tarkastellessa vaikutti siltä, että tämä on positio, jota vastaan useammatkin kertojat pyristelevät ja neuvottelevat esimerkiksi kertaamalla (liiallisen) työnteon historiaansa tai muuten hyödyllisyyttään yhteiskunnan jäsenenä vakuutteleamalla, mutta ääneen se oli mainittu vain kerran.

Ylivoimaisesti suurin osa ulkopuolisten määritteitä käsittelevistä puheenvuoroista koski kuitenkin masentuneiden kertojien läheisiä ihmisiä, sukulaisia ja kanssaihmiä työpaikoilla ja heidän käsityksiään ja kommenttejaan masentuneesta.

Ystäväni eivät todellakaan ymmärtäneet miksi en jaksa, miksi olen itkuinen jne. He vain käskivät lopettaa ruikuttamisen ja ottamaan itseäni niskasta kiinni. Jokainen masennuksen läpikäynyt tai sitä sairastava tietää, että se on pahinta mitä voi sanoa.

Työkaverini eivät ymmärrä, mistä on kyse, ja he suhtautuvat mielestäni aika tuomitsevastikin.

Näissä puheenvuoroissa esiintyy myös erityisesti äänten ja myös fokalisaatioiden vaihdoksia. Erityisesti mitätöiviksi ja vähätteleviksi koettuja lausumia esitellään kertomuksissa suorien lainausten tapaan.

Olin vihainen tutuilleni, ystävilleni ja sukulaisilleni, koska he kyselivät ja neuvoivat jatkuvasti mitä minun pitäisi tehdä ja miten minun pitäisi olla. Minua suorastaan raivostutti. ”Ei sinua mikään vaivaa, sinun pitää vain urheilla lujasti, siitä saa energiaa!” tai ”Älä mieti liikaa, se ei kannata”.

Hyvin hitaasti ruukkuuni saatiin palasia paikoilleen, mutta hyvin helposti ne tippuivat taas pois. Riitti, kun joku ”viisas” soitti ja kehoitti piirtämään auringon ja hymyilemään ja sillä kaikki olisi taas ennallaan. Tällaiset asiat järkyttivät totaalisesti.

Mielenkiintoisella tavalla myös kanssaihminen vaikeneminen ja kommenttien puute on kertomuksissa tulkittu kannanotoksi, vieläpä konnotaatioiltaan negatiiviseksi.

Kaikesta huolimatta törmäsin vahvoihin ennakkoluuloihin ja puhumattomuuteen. Ehkä monet eivät vain uskaltaneet ottaa asiaa kanssani puheeksi pelätessään jotenkin vahingoittavansa minua. Näin olen järkeillyt, mutta en tiedä asian oikeaa laitaa.

Puheenvuoroihin vaikenemisesta ja keskustelun vaikeudesta liittyi aineistossa lisäksi myös erityinen ”asioista puhumisen niiden oikeilla nimillä” -teema. Kertojat ilmaisivat kanssaihminen esimerkiksi *kieltäytyneen puhumasta sairaudesta sen oikealla nimellä*. Laajemmin tarkasteltuna näissä puheenvuoroissa vaikuttaa olevan kyse nimenomaan masennuksen statuksesta sairautena ja sen käsityksen jakamisesta. Kanssaihminen lisäksi kritiikkiä kertomuksissa annetaan kuitenkin myös vertaistason; esimerkiksi käsitellään kertojan kokemaa muiden masentuneiden negatiivista suhtautumista kertojan masennuksesta toipumiseen.

Koin hiljaista kaunaisuutta masentuneiden tuttavieni taholta. Puskaradio löi kovalla astalolla, edessäpäin sitä ei kukaan tuttu tehnyt, mutta vaikeneminen on myös palaute. Ihminen jota luulin sydänystäväksi, ei sanonut sanaakaan. [...] Koen, että toipuminen on tabu ja uhka. Miksi? Pelkäämmekö luopua sairaudestamme?

Rakkaimmat ihmiseni eivät kestäneet toipumistani. He olivat tottuneet minuun masentuneena ressuksena ja kun muutuin, se oli heille liikaa. Aloin kertoa mielipiteitäni, olin sopeutumaton vanhaan rooliini. Se herätti silmitöntä vihaa. Minulle annettiin vaihtoehdot: olen paha tai sairas. En halunnut valita kumpaakaan.

Jälkimmäinen katkelma on sikäli tutkimukseni kannalta erityinen, että siinä käsitellään identiteettineuvottelun prosessia itsessään ikään kuin metatasolla. Kertoja nimeää hänelle

ulkopuolelta tarjotut identiteetti-positiot *paha* ja *sairas* sekä lopuksi kieltäytyy niistä kummastakin.

9.3.3 Masennus ”kasvattajana”

Yksi erityinen identiteettineuvottelu kertomuksissa käydään suhteessa masennuksen kokijassaan aikaansaamiin positiivisiin vaikutuksiin. Vilma Hänninen nimesi ”viisastumisen” yhdeksi masennuksen aikaansaamista muutoksista tutkimissaan masennuskertomuksissa (Hänninen, 2004, 283). Masennuksen on tuolloin koettu aiheuttaneen jotakin erityislaatuista ymmärrystä elämästä ja masentuneesta itsestään. Tämä jokseenkin sama nimetty identiteetin muutos on nähtävillä myös omassa aineistossani.

Sairauteni teki minusta etuoikeutetun ihmisen. Heikkous kääntyi voimaksi.

Hännisen mukaan ihmisillä on myös universaali halu ”ylevöityä kärsimyksestään” (Hänninen, 2004, 278). Kyse voi monella tapaa olla kulttuurisista mallitarinoista; monet sadut, eepokset, sananlaskut ja uskonnolliset tekstit antavat ymmärtää, että kaikella kärsimyksellä on jokin syvempi merkitys osana matkaa ja elämää. Omassa aineistossani neuvotellaan jonkin verran siitä, onko masennuksen kokemus tehnyt kertojasta jollakin tapaa viisaamman tai paremman ihmisen.

Itse olen myös oppinut paljon elämästä tämän sairauden myötä. Osaan entistä paremmin arvostaa pieniä, hyviä asioita ja osaan paremmin ymmärtää myös muiden kärsimyksiä.

Jollen välillä kokisi masennusta, tuskin osaisin iloita pienistä arkipäivän asioista samalla tavalla kuin nyt.

Sen verran rankka kokemus tämä on, että olen uskoakseni oppinut tästä paljonkin. Ajattelen ensin itse, sitten vasta toimin ja toimin itselleni parhaimmalla tavalla. Terve itsekkyyys ei ole pahasta, itsekeskeisyydestä ei ole kyse. Nautin kotona olosta sekä elämästäni ja se on paljon se.

Erityistä on, että kertojat haluavat erikseen käydä läpi masennuksen aikaansaamia muutoksia ja sen mukanaan tuomia tunteita. Jälkimmäisen katkelman maininta *terveestä itsekkyydestä* oli toistuva teema myös Hännisen tutkimuksessa (Hänninen, 2004, 287). Vähän samaan tapaan kuin aiemmin käsitellyt puheet masennuksen uusiutumisriskeistä ja ”ikuisesta masennuksesta” tulkitsin nämäkin puheenvuorot osaksi ”hyvää tarinaa” ja ”hyvää identiteettiä”. Elämänkokemus saa merkityksen, kun se tulkitaan osaksi ihmisenä kasvamista. Erikoista näissä kuvauksissa on se, että ne saavat kertomuksissa varsin proosallisiakin muotoja, jotka ovat semioottisesti mielenkiintoisia.

Olen kulkenut syvissä vesissä, tullut pinnalle ja oppinut lentämään. Elän mielekästä

ja tasapainoista elämää. Olen löytänyt luovuuteni ja vahvuuteni. Tunnen itseni lujaksi. Masentuneena häpesin ja mitätöin tunteeni.

Niin naivilta kuin se kuulostaakin olen onnellinen, että masennuin. Koska polvillaan olo opetti minut seisomaan tukevasti jaloillani. Opin itseäni. Maailman syleilyssä rakastan elämää ja annan sen kantaa.

Kiinnitän vielä huomiota jälkimmäiseen katkelmaan, jossa kertoja tekee eräänlaisen arvioivan liennytyksen, ”niin naivilta kuin se kuulostaakin”. Aineistossani oli myös toinen vastaava puheenvuoro, jossa yhtä lausumaa oli valmisteltu etukäteen puskuroimalla se toisella ”*on tavallaan kornia sanoa, mutta*” -lausumalla. Nämä ovat hyviä esimerkkejä siitä, miten kaikki tekstit, myös omaelämäkerralliset tarinat, perustuvat läpeensä vuorovaikutukselle ja ovat sellaisina valideja sosiaalipsykologian tutkimuskohteiksi.

9.4 Stigma: häpeä ja syyllisyys

Aineistossani masennukseen liitetään valtavasti häpeää ja erilaisia häpeällisiksi koettuja leimoja. Häpeän ja syyllisyyden kuvaukset olivat suuria, elleivät jopa dominoivia teemoja masennuskertomuksissa. Alentunut toimintakyky, näkemyserot masennuksen määrittelytavoissa sekä terveyden ja sairauden erilaiset konnotaatiot saavat kertojat neuvottelemaan erityisillä tavoilla sekä omien että muiden odotusten täyttymättömyydestä seuranneesta häpeästä.

Kärsin ja häpesin omaa kyvyttömyyttäni, mutta en mahtanut mitään sille, että masennus aiheutti minulle myös paljon käytännön hankaluuksia, joita ei oikein voinut toisille ymmärrettävästi selittää.

En osannut jäädä sairauslomalle oikein niin kuin olisi pitänyt. Yritin olla tosi reipas kotona olija, koska syyllistin itseni sairauslomasta ja koska en ansainnut rahaa työlläni. Asiat tuntuivat kummalliselta kierteeltä. Pelkäsin miten mieheni ja lapseni suhtautuisivat minuun.

Häpeän teemat nivoutuvat osittain masennuksen eri syyselityksiin. Erilaiset määritelmät kantavat erilaisia stigmoja eikä täysin stigmavapaata positiota välttämättä ole olemassa. Lähtökohtaisesti ajatellaan yleensä normaaliuden olevan yhteiskunnassa näkymätöntä ja poikkeamien näkyviä ja nimettyjä. Tähän sisältyy ajatus siitä, että nimeämällä ilmiöitä luodaan myös samalla käsitystä siitä vastakohtasta, mistä ei ole tarpeen puhua, mikä katsotaan ”normaaliksi”. Vaikka masennusta ja melankoliaa osittain ehkä pidetäänkin normaalin elämän piiriin kuuluvina ilmiöinä, ovat ne kuitenkin nimettyjä poikkeamia normaaleista tunnetiloista.

Häpesin itseäni, tunsin olevani todella epävarma itsestäni, ylipainoinen, ruma ja kaikin puolin epäonnistunut.

Tässä on esimerkki siitä, miten häpeä kertomuksissa kohdistuu suoraan kertojaan itseensä. Monella tapaa kuvaillut ajatukset ja kokemukset vastaavat niitä ”vääristyneitä ajatuksia”, joita kognitiivisen psykologian teoriassa masentuneilla sanotaan olevan (Karila, 2008, 74). Häpeä kertomuksissa liittyy kuitenkin myös muihin kohteisiin kuin masentuneeseen itseensä, esimerkiksi niihin hoitomuotoihin, joiden alaisuudessa masentunut kertoja on.

Häpesin lääkkeiden syöntiäni, otin ne aina salaa itseltäni vai muilta, en tiedä koska perheeni tiesi minun niitä syövän.

Kertomuksissa häpeään liittyy myös aktiivista toimijuuspuhetta. Jotkut kertojista kommentoivat häpeää, jota kokevat ulkopuolelta asetetuksi. Luonnehdintoja saavat esimerkiksi erilaiset kuntoutus- ja työllistämistoimenpiteet.

Itse koen tukityöt aika lailla nöyryyttäväksi, ja niiden merkitys voi olla välillä jopa negatiivinen.

Työpaikalta minua painostettiin monin tavoin. Pahimpana kuitenkin koin, että minulle tarjottiin työtä, joka oli hyvin paljon vaatimattomampaa kuin olin itse tehnyt. [...] Tunsin, että minua nöyryytettiin tarjoamalla sellaista työtä, johon kuka tahansa kouluja käymätön pystyi.

Haluan nostaa aineistosta esiin vielä yhden häpeään liittyvän katkelman, jossa esiintyy mielenkiintoinen äänen ja/tai fokalisaation vaihdos.

Terapia oli väsyttävää, ja välillä ahdistus vain lisääntyi, kun ruodittiin elämäni lapsuudesta alkaen. Tunsin häpeää ja syyllisyyttä. Itsetuntoni oli nollilla; pidin itseäni hyödyttömänä olentona, tyhmänä ja avuttomana. Tunsin olevani riesa ja rasite kaikille läheisilleni, toisin sanoen pyörin itsesäällissä.

Katkelman alussa kertoja listaa terapiassa kokemiaan häpeän ja syyllisyyden tunteita. Lopussa kertoja kuitenkin summaa nämä kokemukset tyystin toisenasteisella tulkinnalla, *toisin sanoen pyörin itsesäällissä*, missä kohti kertomuksessa vaihtuu ääni. ”Itsesäällissä pyörimisellä” on ilmaisuna negatiivinen kaiku, jonka vuoksi kiinnitin erityistä huomiota siihen, miten nykyhetken kertoja kommentoi menneen hetken kokemuksia ikään kuin kokonaan eri sijainnista käsin.

9.4.1 Hulluus

Erityisen yleisesti esille nouseva stigmaan liittyvä tema kertomuksissa on *hulluus*, josta

neuvotellaan eri tavoin. Masennuksen patologinen määrittely mielenterveyden ongelmana ja toisaalta mielenterveyden ongelmien häpeällisyys korostuu näissä puheenvuoroissa selvästi. Tämä on mielenkiintoista, sillä toisaalta koen, että keskusteluissa diagnostiikasta tätä stigmaa pyritään usein hälventämään vertaamalla masennusta ennen kaikkea somaattisiin sairauksiin kuten diabetekseen tai katkenneeseen jalkaan. Michel Foucault'n mukaan jo historiallisestikin masennus tai melankolia on erillinen toisenlaisesta hulluuden deliriumista, joka erottaa sen ilmiönä muista mielenterveyden häiriöistä (Foucault, 1988, 98). Hulluuden stigma on jotakin, mikä aineistoni kertomuksissa liitetään ennen kaikkea omiin ja muiden ennakkoluuloihin. Useissa kertomuksissa hulluus kiteytyy erityisesti hoitoon hakeutumisen hetkeen; pelkästään mielenterveyteen erikoistuneiden ammattialojen ja -nimikkeiden koetaan tuottavan tietynlaista tulkintaa ongelmasta.

Katselin peloissani odotustilassa ympärilleni. Pelkäsin, että joku tuttu törmää sisään ja näkee minut PSYKIATRIN VASTAANOTOLLA.

Hoitoon hakeutumiseen oli korkea kynnyks: pelkäsin hulluksi leimautumista ja kasvojen menetystä. Olinhan onnistunut vuosia salaamaan pahan oloni ja elämään ahdistuksen kanssa.

Myös mielenterveystoimistosta ajattelin aiemmin, että siellähän käyvät vaan ”hullut”, siis mielisairaavat. Oli suuri häpeä astella sinne itse.

Keskustelu hulluudesta pitää sisällään erinomaisia esimerkkejä siitä, mitä on identiteettineuvottelu. Hulluus toimii teksteissä yhtenä identiteettipositiona, johon asettautumalla tai asetettuna yksilö omaksuu vapaaehtoisesti tai vasten tahtoaan joukon määritteitä, joita positioon liitetään. Se, millaisia määrittelyitä hulluus kunkin keskustelijan kohdalla saa, voi vaihdella suurestikin.

Minulta kysyttiin haluaisinko aloittaa päiväsairaalahoidon? Olin kauhuissani ajatuksestakin. Olenko tosiaan niin hullu, että tarvitsen muilta päivittäistä apua. [...] entä jos siellä onkin jotain ihmehiippareita, jotka puhuvat itsekseen ja ovat muutenkin pelottavia? Siispä minullakin oli omat ennakkoluuloni mielenterveyspotilaista.

Tässä kertomuksessa ”hulluun” ja ”mielenterveyspotilaaseen” liittyy joukko erilaisia identiteettipositioiden ilmentymiä, jotka liittyvät sekä toimijuuden ja autonomian menetykseen (”tarvitsen muilta päivittäistä apua”), että tietynlaisten sosiaalisten normien vastaiseen käytökseen (”puhuvat itsekseen ja ovat muutenkin pelottavia”). Toisaalta kertoja myös nimeää itse nämä määritteet ennakkoluuloiksi ja tulee samalla tehneeksi viittauksen muihin mahdollisiin määritteisiin, jotka eivät vastaa entisiä.

Määrittelyiden ei ole pakko perustua vain siihen, mitä jokin identiteetti-positio on, vaan ne voivat koostua myös siitä mitä positio ei ole:

Hulluksikaan minua ei hyväksytty, koska olin niin reippaan ja järkevän näköinen ja tukkakin oli kammattuna. Minut ohjattiin yksityiselle psykoterapeutille, vaikka olin työtön.

Tässä kertomuksessa *hullu* olisi yhtä kuin ei-reipas, ei-järkevä ja ei-tukkansa kammannut. Negatiivinen määrittely on myös siitä mielenkiintoinen, että sanellessaan mitä jokin ei ole, se jättää avoimeksi äärettömän joukon muunlaisia ominaisuuksia, joita identiteetti-positioon voitaisiin liittää. Edelläolevaa katkelmaa voisi muuten nimittää jopa metatason identiteettineuvotteluksi, sillä kertoja käyttää erikoisesti sanamuotoa *hulluksi hyväksyminen* ilmaisten samalla (kenties poikkeuksellisen) hyvää tietoisuutta identiteetti-positioiden sisällöistä ja niistä neuvottelemisesta. Myös muut kertojat käyttävät negatiivista määrittelyä:

Muistan kun ajattelin mielessäni nimeäni, äitini nimeä ja osoittettani[sic] ja ajattelin etten ainakaan hullu ole kun voin noin selväjärkisesti ajatella.

Tässä katkelmassa *hullu* on yhtä kuin joku ei-selväjärkinen ja tyystin nimensä ja sijaintinsa unohtanut. Hulluuteen liitetään oleellisesti järjen ja hallinnan menettämisen kokemuksia. Tässä mielessä psykiatristen diagnoosien merkitys identiteettineuvottelussa onkin mielenkiintoisella tavalla ristiriitainen. Yhtäältä voidaan ajatella, että ilmiön lääketieteellistyminen vähentää tiettyä järjettömyyden pelkoa ja hulluuden mystiikkaa:

Lukemalla saamani tieto hälvensi pois pelon tulla hulluksi.

Toisaalta samalla kuitenkin vahvistetaan näkemystä masennuksesta mielisairautena tai mielenterveyden häiriönä. Sairauteen ja poikkeamaan normaalitilasta liittyy aina omanlaisensa stigma, jota puolestaan myös pyritään hälventämään erilaisilla strategioilla ja identiteettineuvottelulla. Tämän stigmat olemassaolo oli näkyvillä myös aineistossani. Hulluutta käsitellään myös tilana, joka on ulkopuolisen silmin havaittavissa.

En uskaltanut poistua sisältä edes hakemaan postia, vaikka postilaatikolle on matkaa reilusti alle 100 metriä. Pelkäsin tapaavani jonkun ulkona ja ihmettelevän, miksi olin keskellä päivää kotona. Pelkäsin, että jokainen ihminen näkisi minun olevan HULLU.

Mielenterveysyhdistyksessä ihmisiä tavatessani olen huomannut, että hyvinkin

omalaatuisen ja joskus jopa vastenmielisen ulkomuodon takaa saattaa löytyä uskomattoman hyviä keskustelijoita ja persoonallisuuksia, jotka kuitenkin ns. tilastonormaalien keskuudessa kulkiessaan kavahduttavat lähellä kulkijoita.

Jälkimmäistä kertomuskatkelmaa pidin analyysin kannalta todella mielenkiintoisena. Paitsi että se sisältää erityisiä määrittelyjä ja luonnehdintoja kuten *ns. tilastonormaali*, on se myös hyvä esimerkki aktiivisesta identiteettineuvottelusta. Kertoja tekee jaottelun; joku voi olla ulkoisesti *omalaatuinen ja vastenmielinen* mutta silti *hyvä keskustelija ja persoonallisuus*. Samalla näitä ominaisuuksia kantava yksilö *kavahduttaa tilastonormaaleja* kulkiessaan näiden keskuudessa. Kertomus on rajanvetoa siitä, mitä pidetään hyväksyttävänä, millaiset ominaisuudet ovat tärkeämpiä kuin toiset ja mitä on normaali tai mikä erottaa ”normaalin” ”tilastonormalista”. Hulluutta käsitellään eräällä tapaa mitätöivänä tai muita identiteettejä yliajavana tilana. Tarkastellaan vaikkapa seuraavaa katkelmaa:

Erään vaikean masennuksen ja syövän läpikäynyt ystäväni on esiintynyt myös julkisuudessa naureskellen ja toden, että hullu on hänelle ja muille masennuksen kokeneille ihan sopiva nimike. Alkuun se minuakin nauratti ja ajattelin, että mikäs siinä, läheiseni ja minä toki tiedämme totuuden siitä, mitä me olemme. Nykyisin kuitenkin hullu -nimike on alkanut kuulostaa enemmänkin loukkaukselta, sillä useimmat masennuksen ja muita psyyken sairauksia kokeneet ihmiset ovat hyvin lahjakkaita ja luovia, monet usealla eri alueella. Ihan yleisesti olen kuullut sanottavan, että herkäät ja lahjakkaat henkilöt särkyvät muita helpommin. On surullista, jos jonkun jo nuorena ja kesken opiskelua sairastuneen ihmisen elämä ja aikaansaannokset kuitataan hulluksi nimittelemällä.

Tässä kertoja tekee vahvan kannanoton ”hullu -nimikkeestä”. Se asetetaan vastakkain lahjakkuuden ja luovuuden kanssa ja sitä pidetään vallankäytön välineenä, jolla voi ”kuitata” sairastuneiden elämiä ja aikaansaannoksia. Mielenkiintoista on tosin se, miten kertoja eksplisiittisesti mainitsee *nuorena ja kesken opiskelua sairastuneet* ihmiset erityisen haavoittuvaisina tai epäoikeudenmukaisena kohteena tälle vallankäytölle. Kertomuksessa voidaan nähdä myös ristiriita tietyn taiteeseen usein liitetyn positiivisen ”luovan hulluuden” diskurssin kanssa.

Edelliseen aineistokatkelmaan liittyy kiinteästi myös idea siitä, miten identiteettineuvotteluun voi oleellisena osana kuulua myös stigmatisoivan tai patologisoivan sanaston kaappaaminen omaan käyttöön. (Ks. esim. Nikunen, 2005) Tästä on kyse silloin, kun luonnehditaan itseä tai toisia vaikkapa hulluiksi tarkoituksena kääntää identiteettipositio kokonaan ylösalaisin tai liittää siihen omia positiivisia määritteitä. Patologisoivan tai halventavana pidetyn sanaston kaappaamisessa neuvotellaan identiteettipositioden sisällöistä ikään kuin parodisoimalla niitä. Pelon ja häpeän

sijaan hulluudesta tehdään jotakin mille nauretaan ja luonnehdintaa käytetään vapaasti sekä itsestä että muista. Samalla kuitenkin esimerkiksi ylläolevassa katkelmassa tehdään selvä rajanveto ”hulluuden” ja ”totuuden” välillä. Tavanomaisempi järjestys olisikin ottaa ”loukkaava” ilmaus ja tehdä siitä positiivinen ja identiteettiä vahvistava kaappaus. Tässä katkelmassa kuitenkin kertoja ilmaisee alkaneensa myöhemmin pitää loukkaavana ilmausta, jota ensin on käyttänyt humoristisesti. Kertoja ilmaisee myös tyytymättömyyttä hullu -nimikkeen käyttöön siinäkin tapauksessa, että sitä käyttävät itse masennusta kokeneet ikään kuin sisältä masennuksesta käsin.

Siinä, missä hulluuden identiteettineuvottelu sinänsä oli aineistossani varsin yleistä ja toistuvaa, olin puolestaan hieman yllätynyt parodisoivan puheen vähyydestä¹³. Muunlaista neuvottelua hulluuden arvotuksista tosin esiintyi myös:

Olen myös miettinyt minkälainen ihminen olisin, jos en olisi kokenut kaikkea masennusta [...] En varmasti ymmärtäisi mikä on hulluuden ja masennuksen välinen ero. Eikä hulluus ole paha asia.

Tässä katkelmassa kertoja sanoutuu yhtä lailla irti niin masennuksesta hulluutena kuin hulluuden position pahuudesta. Hulluuden luonnehtiminen ei-pahaksi tai jopa hyväksi asiaksi on omanlaistaan kaappaavaa uudelleenmäärittelyä sekin, vaikka parodisoivana sitä ei voida sinänsä pitää. Kertomukseen sisältyy myös tiedon ja merkitysten omistajuudesta neuvottelu; vain masennusta kokeneen ajatellaan todella ymmärtävän hulluuden ja masennuksen eron.

Pohdin tutkimuksessani sitä, millaisia vallitsevia ääniä masennuskertomuksista on erotettavissa. Hulluuspuhe on vaikeasti sijoitettava teema tässä keskustelussa, sillä se on varsin moniäänistä ja sisältää kaikuja niin arkipuheesta, mediasta, kaunokirjallisuudesta, populaarikulttuurista kuin vanhoista uskonnollisista teksteistäkin. Se hulluuspuheesta voidaan tosin sanoa, että se on jokseenkin vastakkaista lääketieteelliselle mielenterveysongelmien diskurssille, joka pyrkii nimenomaan rationalisoimaan mielen ongelmia tieteelliselle tarkastelutasolle ja omalta osaltaan jopa häivyttämään tietynlaista ongelmiin liitettyä stigmaa (ks. esim. Lehtonen & Lönnqvist, 2007).

¹³ Kandidaatintyössäni 2009 tutkin identiteettineuvottelua suomalaisessa animefaniudessa, ja tuolloin erilaiset faniuden patologiat (kuten vaikkapa hulluus) ja niiden parodisoiva käyttö nousivat esiin todella vahvasti. Kyse on tietenkin paitsi eriluonteisista ilmiöistä (joista toinen on jo lähtökohtaisesti vahvasti patologisoitu), myös erilaisista tekstilajeista: omaelämäkerrallisissa kertomuksissa identiteetti ja identiteettineuvottelut rakentunevat eri tavalla kuin internetin jaetuissa foorumiteksteissä. Lisäksi voitane ajatella, että tietyn, suljetun yhteisön sisällä identiteettineuvottelu on erilaista kuin kirjoitettaessa suurelle, määrittelemättömälle yleisölle.

9.4.2 Työkyvyttömyys

Masennuksen merkitys toiminta- ja työkyvyn rajoittajana nousi esiin aineistosta yhtenä dominoivista teemoista. Tämä sidonnaisuus kykyyn opiskella tai tehdä työtä onkin yhdistävä tekijä lähes kaikissa esittelemissäni masennuksen määrittelytavoissa. Etenkin masennuksen kliiniseen kuvaukseen työkyvyn heikentyminen tai katoaminen liittyy olennaisena osana. Lääkärien ja etenkin psykiatrien tehtävä on arvioida ennen kaikkea masentuneen työkykyä ja kuntoutuksen tarvetta. Lausuntojen pohjalta Kansaneläkelaitos myöntää masentuneelle kuntoutusta, usein kognitiivista tai psykodynaamista yksilöpsykoterapiaa (ks. esim. Aalberg, 2009).

Mediateksteissä masennuksen haitat esitetään usein ennen kaikkea kansantaloudellisina: kerrataan yleisyyslukemia, myönnettyjen sairauslomien tai sairauseläkkeiden määriä ja lasketaan yhteiskunnalle ilmiöstä koituvia kustannuksia, jopa riippumatta siitä millaista teoriaa teksteissä käytetään pohjalla määriteltäessä masennuksen syitä¹⁴. Diagnosoitujen masennustapausten ja myönnettyjen sairauslomien määrän kasvua tunnutaan erityisesti pitävän suorana merkkinä siitä, että masennus olisi viime vuosikymmeninä yleistynyt voimakkaasti, mitä on pidetty ongelmallisena johtopäätöksenä etenkin medikalisaatiokriittisessä kirjallisuudessa (ks. esim. Gullestad, 2003, 129).

Yksilöiden kannalta työn merkitys henkilökohtaisen identiteetin osana korostuu kertomuksissa vahvasti. Kyvyttömyyttä tehdä työtä ja sairauslomaa käsitellään yhdenlaisina stigmoina; häpeällisinä leimoina, jotka asettavat rajoja olemassaolon tavoille.

Testien jälkeen psykiatrini kysyi mitä mieltä olisin, jos hän kirjoittaisi minulle eläkepaperit. Jo aikaisemmin hän oli maininnut tästä mahdollisuudesta, mutta silloin se oli tuntunut kaiken lopulta, merkitsihän työ minulle toista puolta identiteetistäni. Sen myötä menettäisin jopa ihmisyyteni ja kaiken sen, mitä pidin tärkeänä elämässä.

Työ "ihmisyyden" määrittelijänä ja toisaalta masennuksen määrittelytavat tiukasti työhön ja työkykyyn sidottuina nousivat aineistossa esiin useaan otteeseen. Identiteettineuvottelu oli myös poikkeuksellisen tiedostettua, eräällä tapaa jopa metatasaista: ylläolevassa katkelmassakin kertoja nimeää eksplisiittisesti työn toiseksi puoleksi identiteetistään.¹⁵ Vastaavia esimerkkejä tiedostetuista leimoista oli myös tässä kertomuksessa:

¹⁴ Ks. esim. Kela: *Viisi nuorta jää eläkkeelle joka päivä mielenterveyshäiriöiden takia* (Helsingin Sanomat, 28.3.2011)

¹⁵ Termien kuten *identiteetti* käyttö omaelämäkerrallisessa tekstissä kertoo tietenkin omalla tavallaan siitä, miten tieteen ääntä ja sanastoa käytetään kasuaalisti ja läpinäkyvästi myös ei-tieteellisissä keskusteluissa.

Edessä oli työttömyys. Nyt sain siis toisen leiman otsaani; olin masentunut ja työtön, karmea yhdistelmä!!!

Tässä kertoja mainitsee sekä masennuksen että työttömyyden erityisinä leimallisina ominaisuuksina, jotka yhdessä muodostavat *karmean yhdistelmän*. Lienee niin, että myös työttömyys itsessään on tietynlainen identiteetti-positio, johon neuvotteluissa liitetään valtava määrä häpeällisiä ja paheksuttavia ominaisuuksia. Senkin kannalta masennuksen ja työkyvyttömyyden yhteenkytkeytyminen on mielenkiintoinen tarkastelunaihe. Stigma ei tosin syntyne pelkästään työkyvyttömyydestä, vaan työelämässä masennus kantaa sitä jo itsessään, mistä kertoo esimerkiksi Savon Sanomien verkkolehden uutisointi *Puolet masentuneista ei hiisku asiasta työpaikalla* (26.11.2010).

Luterilainen työmoraali

Erityisenä äänenä tai diskurssina aineistossani kiinnitin huomiota tiettyyn erikoiseen *luterilaisen työmoraalin* sanastoon, joka oli esillä useammassakin kertomuksessa.

Työ on luterilaisessa maailmassa niin määräävä osa ihmisen identiteettiä, että tunnen itseni jotenkin enemmän ihmiseksi, kun teen vapaaehtoistyötä.

Hetken kuluttua syyllisyys, opittu luterilainen työmoraali, nostaa minut ylös vuoteestani.

Luterilainen työmoraali on terminä tuttu, ja viittaa tietenkin jonkinlaiseen käsitykseen Martti Lutherista utteran työnteon puolestapuhujana.¹⁶ Luterilaisen työmoraalin käyttö kertomuksissa ei kuitenkaan identiteettineuvotteluna liity varsinaisesti uskontoon. Pikemminkin se yhdistetään jonkinlaiseen (suomalais)kansalliseen tai kulttuuriseen työn arvostukseen ja tapaan määritellä elämän arvoa työn kautta. Väitän näin myös siksi, että tulkitsen *luterilainen työmoraali* –diskurssin olevan etäistä sukua *suomalainen sisu* –diskurssille, joka on selkeästi kansallista laatua. Seuraava katkelma ei ole varsinaisesta masennuskertomuksesta, vaan se on peräisin kirjan toimittajan esipuheesta.

[...] tilityksiä, jotka kumpuavat tästä suomalaisesta marraskuun hämäryydestä ja yöttömistä öistä, luterilaisen työmoraalin pakottamasta aherruksesta ja oravanpyörän teknologisista hienouksista [...]

¹⁶ Termin *protestanttinen työetiikka* lanseerasi 1900-luvun alussa saksalainen sosiologi Max Weber teoksessaan *Protestanttinen etiikka ja kapitalismin henki*.

Toimittaja mainitsee myös erikseen halunneensa ulkomaista masennuskirjallisuutta luettuaan antaa sanansijan "suomalaiselle masennukselle". Samalla hän tekee viittauksia paitsi masennuksen syihin ja alkuperään, myös sen erityiseen kansalliseen luonteeseen. Tämä on toki osaltaan luettavissa neuvotteluksi siitä, ettei masennuksia olisi vain yksi vaan monia, eivätkä muista maista kerätyt masennuskertomukset riittäisi universaaleiksi kuvauksiksi masennuksesta ja masentuneiden elämästä.

Eläkeläisyys

Työ identiteettinä tai osana identiteettiä aiheuttaa aineistossa ristiriitaisia tunteita. Kirjoittajat kipuilevat työntekijän roolista luopumisen ja halunsa päästä irti uuvuttavasta työstä välillä.

Kuukausien epävarmuus tulevaisuudestani jatkuu. Siihen sisältyy pelkoa jaksamisesta, halua luopua työstä, hellittää otteensa puurtamisesta, joka aiheuttaa uupumusta ja fyysistä kipua. Siihen sisältyy myös halua pitää kiinni entisestä, koska olen elänyt 35 vuotta jonakin, jonkin työn tekijänä.

Työkyvyttömyyseläkkeelle pääsin lokakuussa v. 2000. Olin iloinen, ettei enää tarvinnut tehdä työtä sairaana. Samalla surin liian aikaisin katkennutta työuraani.

Joulukuussa sain eläkepäättöksen ja tammikuun 1997 alusta olisin virallisesti työkyvyttömyyseläkkeellä. Olin tuolloin 53 vuotias ja ymmälläni. Toisaalta olin helpottunut, kun painajainen, jossa minut voitaisiin pakottaa palaamaan töihin oli takana, mutta ehkä päällimmäisenä oli kuitenkin katkeruus, että minulta vietiin yksi tärkeimmistä asioista – työ.

Kuten näistäkin katkelmista on luettavissa, eläkeläisyyden tulkitsin myös erityiseksi identiteettiposioksi kertomuksissa. Eläkepäättöstä luonnehditaan kertomuksissa sekä eläkkeelle pääsemisenä että eläkkeelle joutumisena. Yllä kertoja sanoo kokeneensa päällimmäisenä katkeruutta siitä, että häneltä vietiin työ.

Aineistoni masennuskertomuksissa ei erityisesti mediatekstien tapaan eksplisiittisesti mainita masennuksen tai sairausloman "hintaa" yhteiskunnalle. Teema on silti jollakin tapaa esillä identiteettineuvottelussa ja sitä sivutaan keskusteluissa.

Olen onnekas, sillä olen eläkkeellä ja se on minulle henkistä ylellisyyttä. Koen olevani hyödyllisempi yhteiskunnan jäsen nyt kuin palkkatyössä.

Paitsi että eläkkeellä olo määritellään yllä onnekkudeksi, neuvotellaan katkelmassa myös siitä, mitä on olla hyödyllinen yhteiskunnan jäsen. Kertomuksen voidaan tulkita sisältävän epäsuoraa

neuvottelua palkkatyön ja sen tekijän arvosta ja merkityksestä. Neuvottelu ottaa osaa myös mediassa toistuviin lausumiin kansantaloudellisista tappioista. Myös eläkkeellä-olon tarkoituksesta ja merkityksestä neuvotellaan.

Eläkkeelle jääminen ei paranna masennusta, mutta se antaa mahdollisuuden itsensähoitamiseen ja kaikessa rauhassa kuntoutumiseen.

Tästä katkelmasta välittyi hyvin esittelemäni bahtinilainen ajatus äänistä ja lausumista suhteessa toisiin lausumiin: ”eläkkeelle jääminen ei paranna masennusta” on lausumana osa suurempaa keskustelua aiheesta ja vastaa selvästi johonkin joko aiemmin esitettyyn tai puhujan ennakoimaan puheenvuoroon. Vastaavana esimerkkinä lausumasta pidän myös erästä kertomuksista, joka oli otsikoitu *Ei parane ryhdistäytymällä*. Se tuntuu voimakkaalta kannanotolta ”kirkaalta taivaalta”, vastauksena johonkin aiempaan kannanottoon, jo ennen kuin kertomusta on edes aloitettu.

Asiantuntijavalta ja työkyky

Aineistoni kertomuksissa otetaan suoraan tai epäsuorasti kantaa asiantuntijavallan käyttöön eläkepäätöksiä ja työkyvyttömyyttä määriteltäessä. Erityisesti kiinnitin huomiota tähän katkelmaan, jossa kuvailtiin tietyn byrokraattisen järjestyksen mukaan etenemistä:

Jo pari vuotta se [työ] on ollut minulle ”pakollista lisää”, kuin vankeuspäiviä, koska voin huonosti. Mutta siitä ei pääse pois. Pitää saada lupa, pitää neuvotella, käydä tutkimuksissa, nöyrytyä valittamaan kaikki krempat. En ole tottunut valittamaan.

Katkelmassa käy ilmi kertojan kokema ongelmallisuus ”vaaditusta protokollasta”: saadakseen olla pois töistä on päästävä läpi tietynlaisesta portista, jonka vartijana toimii lääkäri, jonka kanssa on neuvoteltava, käytävä tutkimuksissa, *nöyryttävä valittamaan*. Samaa problematiikkaa on esillä myös kertomuksissa kuntoutuksen ja psykoterapian hakemisesta, joskin käytäntöä onkin hiljattain (kirjan ilmestymisen jälkeen) muutettu siten, ettei Kela enää validoi erikseen psykoterapiahakemuksia vaan myönteisen kuntoutuspäätöksen saavat kaikki, joille psykiatri on kirjoittanut kuntoutusta puoltavan ns. B-lausunnon.

Aloitin psykoterapian ja hain Kelan kuntoutustukea. Se evättiin minulta ensin, mutta seuraavana vuonna sain myöntävän vastauksen. Minun uskottiin kuntoutuvan työkykyiseksi, koska olin vasta 49-vuotias, ja halusin sitä itse.

Kun olin tottunut ajatukseen, ettei minulla ole enää voimavaroja palata ainakaan omaan ammattiini, ryhdyin pyytämään ns. lopullista eläkepäätöstä, sillä oli aika raastavaa kerta toisensa jälkeen anoa jatkoa määräaikaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle ja odottaa, millaisen päätöksen kenties saa.

Sitten Kelasta tulee tieto, että he eivät tue terapiaa, koska minun ei katsota tulevan kahdessa vuodessa työkuuntoon.

Kelan rahoittama psykoterapia tai muu kuntoutus on kuitenkin edelleen ammatillista ja työkyvyn palauttamiseen tähtäävää. Tarkoituksena on pitkällä tähtäimellä vähentää ja ehkäistä masennuksesta ja sen seurauksista aiheutuvia yhteiskunnallisia kustannuksia. Hakijan omaa halua palata työhön pidetään merkittävänä indikaattorina kuntoutumisen mahdollisuuksista. Samalla liikutaan sosiaalitieteellisesti mielenkiintoisella alueella (etenkin aiemmassa käytännössä), kun tehdään yksilöiden elämää koskevia päätöksiä lääketieteellisten dokumenttien perusteella eli käsitellään heitä harrélaisittain ikään kuin *file-seifeinä* (Harré, 1983, 69).

Jo työssäoloaikana ensimmäistä kertaa yli kolmen kuukauden sairaslomalle joutuessani, Kansaneläkelaitoksen virkailija sanoi minulle, että todennäköisesti tilanteeni päättyy eläkkeeseen. Hämmennyin kommentista, koska vain vajaata vuotta aikaisemmin olin saanut opiskeluni toistaiseksi päätökseen.

Tätä katkelmaa tulkitisin niin, että yksilöitä käsitellään toisinaan näissä yhteyksissä myös eräänlaisina tilastoina. En ainakaan näe toisenlaista viitekehystä Kelan virkailijan esittämälle erikoiselle (toteutuneelle) ennusteelle kertojan eläkkeelle pääytymisestä.

9.5 Neuvottelua hoidosta ja toimijuudesta

Suurin osa aineistoni kertojista on (kertomusten mukaan) hakenut ja saanut jossakin vaiheessa masennukseensa jonkinlaista hoitoa; joko lääkärin tai psykoterapeuttien toimesta. Kertomukset pitävätkin sisällään paljon järjestäytyneiden hoitojen kuvailua ja kommentointia. Nämä osat kertomuksia ovat niitä, joissa voisi kuvitella olevan tilaa antipsykiatriselle tai medikalisaatiovastaiselle vastapuheelle, mikäli sellaista kertomuksessa esiintyy. Selvää on ainakin se, että useat kertojat osoittavat voimakasta toimijuutta oman masennuksensa suhteen: he neuvottelevat lääkärin kanssa, osoittavat erimielisyyttään saamistaan diagnooseista sekä esittävät poliittisiakin kannanottoja siitä, mitä on hyvä masennuksen hoito ja miten sitä tulisi toteuttaa.

9.5.1 Lääkitys

Masennuksen kliininen hoito on tieteellisen keskustelun kuumimpia perunoita. Siihen kulminoituvat suurimmat näkemuserot biolääketieteen ja muiden alojen näkemyksien välillä.

Lääkehoito asemoi masennuksen sairauksien joukkoon. Kliiniseen hoitoon kiteytyvät myös kysymykset lääketieteen alan asiantuntijavallasta ja sen käytöstä. Nämä seikat huomioiden ei ole yllättävää, että lääke- ja sähköshokkihoitoa koskevia puheenvuoroja esiintyi aineistossanikin melko paljon. Useassa kertomuksessa ne toki olivat vain osana yleistä hoidon kuvausta, mutta jotkin puheenvuoroista olivat tarkoituksenhakuisempia; lääkityksen merkitystä ja toimivuutta haluttiin kommentoida erikseen. Jätän taasen lukijalle epäilyksen varaa sen suhteen, onko lääkitystä kertomusten keräysvaiheessa ohjeistettu arvioimaan. Varsin yleinen ja toistuva teema se oli kertomuksissa joka tapauksessa. Tässä joitakin esimerkkejä yleisistä maininnoista:

Tammikuussa 2003 sain masennuslääkkeen ja sen vaikutus tuli esille parin kuukauden päästä. Silloin olokin alkoi taas enemmän helpottua.

Kokeilin erilaisia masennuslääkkeitä, mikään ei helpottanut oloani. Etenkin väsymys vain lisääntyi lääkkeistä.

Kertomukset sisälsivät myös selvästi poliittisempia kannanottoja lääkityksen merkityksestä. Niissä asetutaan tiettyjä stereotypioita vastaan omakohtaisilla kokemuksilla.

Jotkut tuomitsevat lääkkeiden syönnin. Minulle ne ovat tuoneet helpotusta. Ne eivät ole muuttaneet persoonaani suuntaan tai toiseen.

Myös lääkitykseen suhtaudun nyt myönteisemmin; jos lääke auttaa, niin sitä kannattaa käyttää. [...] Oikeanlainen terapia ja oikeanlaiset lääkkeet ovat myös tärkeitä. Masennusta ei tarvitse hävetä, ja siitä kannattaa keskustella niin avoimesti kuin mahdollista.

Ensimmäisessä katkelmassa neuvotellaan näkyvästi aiempien “tuomitsevien” mielipiteiden kanssa. Mielenkiintoinen implisiittinen lausuma neuvottelussa koskee sitä, muuttavatko lääkkeet ottajansa persoona. Myös jälkimmäinen katkelma sisältää tiettyä vakuuttelua, joka sai myös pohtimaan kertomusten yleisöä. Näistä puheenvuoroista on pääteltävissä, että moni kertojista kertoo tarinaansa ikään kuin vertaistukena kuvitteelliselle masentuneelle, antaen neuvoja toimintaan ja asenteisiin liittyen. Jälkimmäisessä katkelmassa lääkitys ja lääkkeiden syöminen yhdistetään myös masennuksen häpeään ja stigmaan. Häpeä ja vastahakoisuus olivat läsnä muissakin kertomuksissa, joissa lääkitystä kommentoitiin.

Lääkitystä en halunnut missään nimessä aloittaa, mutta epätoivon yltyessä hain elämäni ensimmäiset mielialalääkkeet lähimmästä apteekista. Ne veivät pois itkuisuuden, mutta muuten vaikutus oli vähäinen.

Alan viihtyä opiskelupaikkakunnallani yhä paremmin. Niinpä melkein unohdan, että

minun on käytettävä pientä annosta psyyken lääkettä [sic].

Useat kertojat kommentoivat lääkkeitä toteamalla, ettei niistä ole ollut heille apua. Eräs kertojista käyttää semioottisesti mielenkiintoisehkoa ilmausta *seikkailu psyykelääkkeiden kirjavassa maailmassa*. Tästä huolimatta varsinaisia lääkityksen vastaisia puheenvuoroja aineistosta ei löydy. Useammassa kertomuksessa emmitään toteamalla, että vaikka lääkkeet eivät kertojaa ole auttaneet, ne voivat kuitenkin auttaa jotakuta ja olla kokeilemisen arvoisia. Eräs kertoja jättää sopivuuden arvioinnin lääkärille. Toinen viittaa miehensä tekemään arvioon luonteensa muutoksista lääkettä käyttäessä.

Lääkkeitä minulla on vaihdettu paljon, kun ei ole löytynyt sopivia, eivätkä ne ole auttaneet minua. Viime kerralla kun pääsin osastolle, minulle vaihdettiin lääkkeet ja lääkäri uskoo että nämä ovat nyt oikeat. Ehkä minä tosiaan voin nyt paremmin, aika näyttää miten asiat ovat loppujen lopuksi.

Jälkeenpäin mieheni kyllä totesi, että olin ollut epätavallisen tasaluonteinen koko reissun ajan, eli lääkkeillä olikin ollut jonkinlainen vaikutus, koska ominaisuusteeltani olen kyllä aika temperamenttinen!

Joissakin kertomuksissa peilattiin myös hoitohenkilökunnan asenteita lääkkeiden käyttöön.

Lääkkeitä en siis syönyt enää ollenkaan ja terapeutini mielestä sen pitikin olla niin. Voisimme paremmin keskustella todellisista tunteista todellisin reaktioin ja olin siihen omastakin mielestäni valmis.

Tulkitsen puheenvuoroa niin, että keskivaiheilla kerronnan ääni ja fokalisaatio vaihtuvat, ja keskustelu ”todellisista tunteista todellisin reaktioin” on tosiasiaa kertojan terapeutin ääni. Tämän äänen voidaan katsoa ilmentävän kenties lääkitysvastaisinta puhetta aineistossa sikäli, että kertoja kokee lääkityksen estävän tai muokkaavan ottajansa kokemusmaailmaa tunteiden ja reaktioiden osalta. Tähän lääkkeiden tuottaman ”epäaitouden” ajatukseen törmää masennus- ja lääkityskeskusteluiden argumentaatioissa aika ajoin.

9.5.2 Asiantuntijoiden kompetenssi

Useilla kertojilla vaikuttaa olevan vahva käsitys siitä, millaista on masennuksen hyvä hoito, ja aineisto sisältää kriittisiä analyyseja kertojien saamasta kohtelusta ja ehdotuksia hoitaville asiantuntijoille. Lääkäreiden, hoitajien ja terapeuttien lisäksi kommentteja saavat myös virkamiehet ja byrokriatikoneisto ylipäänsä. Tämän aineiston kertomusten kohdalla vaikuttaa siltä, että sosiaalinen vuorovaikutus ja hoitotilanteen ilmapiiri ovat olleet apua hakevalle tärkeämpiä kuin lääkärin tai terapeuttien autoritäärinen asema tai näiden edustaman tieteellisen koulukunnan

näkemyksistä. Hoitoa arvioidaan hyväksi tai huonoksi usein pelkästään tuon sosiaalisen kanssakäymisen perusteella. Hyvin tavallinen aineistosta esiinnoussut tema oli hoitohenkilökunnan ilmaisema empatia ja sen merkitys masentuneelle.

Uusi mielenterveyskeskuksen terapeutti oli empaattinen ja lämminhenkinen; hän kuunteli ja keskusteli.

Kohdalleni osui myös ihastuttava työterveyslääkäri, joka kuunteli minua ja otti vaikeuteni tosissaan. [...] Tällaista välittämistä en ole aiemmin lääkärikunnan taholta osakseni saanut. Se lohdutti ja lämmitti kovasti mieltäni.

Lääkäriini ja hoitajani ovat ajatuksissani niin kauan kuin elän. He saivat minut uskomaan, että olen arvokas ihmisenä ja että on olemassa aitoa ihmisestä välittämistä, joka ei ole sidottu rahaan, hyödyntavoittelemiseen, maineeseen tai arvovaltaan. He heittivät pelastusrenkaan, rakastivat minut terveeksi ja auttoivat löytämään toimivat elämän eväät.

En tiedä missä määrin kertojien näkemykset empatian ja välittämisen tarpeellisuudesta kohtaavat esimerkiksi niitä ohjeistuksia, joita hoitohenkilökunnalle annetaan koulutuksessa. Käytännöt ovat lisäksi vaihdelleet eri koulukuntien välillä eri vuosikymmeninä; esimerkiksi joihinkin terapiamuotoihin on voinut kuulua osana tiukka ammatillisuus ja kliinisyys hoitajan ja hoidettavan välillä. Viimeisessä katkelmassa implikoidaan lääkärin ja hoitajan jopa epäitsekästä rakastaneen kertojan *terveeksi*, mikä tuskin sinänsä sisältyy hoidon vaatimuksiin.

Paitsi että hoitohenkilökuntaa arvioitiin empatian osalta, kertojat ilmensivät myös vahvaa näkemystä siitä, millaista on ammattitaitoinen hoito.

Psykiatrian poliklinikan henkilökunta on tehnyt työtään aina erittäin ammattitaitoisesti ja asiakaslähtöisesti myös sairaalan osaston henkilökunta on pääsääntöisesti sisäistänyt tehtävänkuvansa. Päätin sairauteni jossain vaiheessa, että enää en suostu kyykyttäväksi. Tämä tarkoittaa sitä, että jokaiseen epäasialliseen virkamiehen päätökseen vaadin oikaisua ja selitystä.

Tätä puheenvuoroa pidin erityisen voimakkaana kannanottona hoidon laadusta. Erityisen mielenkiintoisena koin kertojan esittämän näkemyksen hyvästä hoidosta *tehtävänkuvan sisäistämisenä*. Katkelmassa esiintyy myös kenties bisnesmaailmasta tutumpi käsite *asiakaslähtöisyys*. Kertoja jatkaa puhumalla virkamiehistä ja *kyykyttämisestä*. Tämä on osa tiettyä voimautumis- ja toimijuuspuhetta, jota aineistossani esiintyi – hylätään ajatus hoitohenkilökunnan auktoriteetista. Tiiviisti yhteydessä tähän onkin tekemäni toinen havainto siitä, että hoidon

luonnehditaan olleen asiallista ja hoitohenkilökunnan pätevää erityisesti silloin, kun lääkärit ja terapeutit ovat olleet masentuneen kanssa yhtä mieltä hoidon tarpeesta ja yksityiskohdista.

Minulla on ollut monta lääkäriä näiden vuosien aikana ja useimmat ovatkin olleet hyvin päteviä eikä mitään ristiriitoja ole ollut.

Ainoa mitä sain, oli säännöllinen aika terapeutille ja lääkärille sekä vaikean kriisin kohdatessa sairaalajaksot. Kukaan ei tullut kohdallani, eikä monen muunkaan – ajatelleeksi, kuinka paljon vähemmän yhteiskunnalle maksaisi, jos olisin terve tai ainakin työkyvyttömyyseläkeläinen, joka ei rasita jatkuvasti yhteisin varoin kustannettavia sairaala- ja muita terveystalveluja.

Jälkimmäisen katkelman kertojalla on käsitys siitä, mikä olisi ollut hänelle ja yhteiskunnalle järkevä tapa hoitaa häntä, vaikkakaan hän ei erittele tarkemmin, mitä se olisi pitänyt sisällään. *Säännöllinen aika terapeutille ja lääkärille sekä vaikean kriisin kohdatessa sairaalajaksot* eivät kuitenkaan riittäneet kertojan käsitykseksi tarkoituksenmukaisesta hoidosta.

[...] eikä minulla ollut minkäänlaista taloudellista mahdollisuutta kääntyä yksityissektorin puoleen. Ei kyllä tullut muutenkaan mieleen, sillä enimmäkseen olin saamaani hoitoon tyytyväinen. Ylipäätään olin tässä vaiheessa vielä melko tietämätön monista mielen sairauksiin liittyvistä asioista ja hoidoista.

Tästä katkelmasta käy ilmi jotakin oleellista. Kommentit hoidosta koskevat kirjoitushetkellä tietenkäin menneitä tapahtumia. Jotkut kertojista ilmaisevat kirjoitushetkellä olevansa nyt ”paremman tiedon” varassa arvioidessaan menneitä hoitosuhteita ja asiantuntijoiden esittämiä näkemyksiä. Kriitikissä neuvotellaan siis ennen kaikkea siitä, millaista hoidon *olisi tullut olla*, että siitä olisi ollut hyötyä. Ylläolevassa katkelmassa kertoja implikoi yleisen ja yksityisen sairaanhoidon välillä olevan eroja ja yhdistää vielä aiemman tyytyväisyytensä omaan tietämättömyyteensä mielen sairauksista ja hoidoista.

Esittelen vielä lopuksi muutaman erityisen kriittisen hoitoa koskevan puheenvuoron.

Toivottomuudessa pienikin vastoinkäyminen voi sysätä itsemurhaan. Kumma kyllä, eipä monet ammattiauttajat tätä tosiasiaa kunnolla ymmärrä. Heillä on syytä katsoa peiliin uusin silmin, näky ei ehkä ole kaunis.

Räjähdyistä olisi ollut mahdotonta välttää ja niinpä sitten jouduin pakolliseen vatsahuhteluuni ja sen jälkeen pakolliseen psykiatrin konsultaatioon. Hän kuitenkin aikansa kanssani keskusteltuaan kehotti minua unohtamaan koko jutun ja menemään seuraavana päivänä töihin. [...] Ehkä tänä päivänä saa toisenlaisia ohjeita, mutta minun korvissani se kuulosti samalta, kuin hän olisi kehottanut ”Anna vain ahdistuksen vapaasti kasvaa!” ja senhän se totisesti tekikin.

Oli turvauduttava uudelleen terapiaan. Tällä kertaa hakeuduin eri terapeutille. Hän oli kaikkea muuta kuin mitä terapeutin mielestäni pitää olla. Ensimmäinen käyntikerta jäi myös viimeiseksi, koska hän oli hyvin syyllistävä, suorastaan aggressiivinen.

Viimeisen katkelman kommentti terapeutin syyllistävydestä on mielenkiintoinen. Pohdin, missä määrin terapeutin tai muun hoitavan henkilön edustama koulukunta voi vaikuttaa kokemukseen syyllistämisestä; edustavathan tieteenalat monenlaisia vastakkaisia käsityksiä masennuksen syistä ja syntyntavoista. Tarkastelemassani teoriakirjallisuudessa syytä ei missään kohden suoraan aseteta yksilöön, mutta esimerkiksi Käypä hoito -sivuston potilaille tarkoitetussa artikkelissa listataan masennustiloihin liittyvinä asioina mm. persoonallisuuden häiriöt, tunne-elämän epävakaisuus, itsetuntovaikeudet, vähäinen koulutus ja matala tulotaso, säännöllinen tupakointi, humalajuominen, krooniset elimelliset sairaudet ja erilaiset mielenterveyden häiriöt (Aho & Isometsä & Mattila & Jousilahti & Tala, 2009). Näistä monet ovat nimenomaan yksilöllisiin ominaisuuksiin ja elämäntapoihin liittyviä attribuutteja.

10 Johtopäätöksiä

Tässä luvussa käyn läpi tutkimuksen tulokset ja niistä tehdyt johtopäätökset. Etenen vastaamalla tutkimuksen aluksi esittämiini kysymyksiin ja vetämällä tutkimuksen langat lopuksi yhteen.

Millaista identiteettineuvottelua kertomuksissa esiintyi?

Yksi tutkimustehtävistäni oli tarkastella aineistossani käytävää identiteettineuvottelua. Aineistolajina omaelämäkerralliset kertomukset tuovat aiheeseen sekä haasteita että erityisiä oivalluksia, sillä niissä käytävä neuvottelu vaikuttaa olevan kenties piilotetumpaa, hienovaraisempaa ja kohdentumattomampaa kuin vaikkapa vuorovaikutus- tai haastatteluaineistoissa. Siitä huolimatta ei jäänyt epäilystäkään siitä, etteikö identiteettineuvottelua käytäisi mitä kiivaimmin näilläkin areenoilla. Osoittautui erityisen hedelmälliseksi tarkastella ja pohtia niitä hiljaisia lausumia, joiden kanssa kertomuksissa neuvoteltiin. Voimakkaimmat kannanotot masennuksen määrittelyistä ja masentuneiden identiteetistä tehtiin välillä jo ennen itse tarinaa – viittaan tässä aineistoni kertomukseen, joka oli otsikoitu *Ei parane ryhdistäytymällä*. Kaikki identiteettineuvottelu ei suinkaan koskenut suoraan yksilöitä tai heidän attribuuttejaan sinänsä, vaan neuvottelua käytiin myös masennuksen määrittelytavoista, oikeutuksesta ja

esimerkiksi hoidosta, jonka voidaan laajemmalti katsoa liittyvän masentuneiden identiteettiprojekteihin.

Postmodernissa subjektikäsitteessä yksilön identiteetti on jatkuva projekti, joka on jatkuvasti liikkeessä ja kaiken aikaa muuttuva (Hall, 2002, 23). Tässä prosessissa yksilöä asemoidaan, ja hän itse asemoi itsensä tarjottuihin erilaisiin vaihtoehtoihin, joita voidaan teoriasta riippuen nimittää esimerkiksi statuksiksi tai identiteetti-positioiksi (kuten itse teen). Ne ovat eräänlaisia sosiaalisia kategorioita, joista yksilöt yrittävät neuvotella itseään ulos tai vastaavasti niihin sisälle. Kategoriana tosin antaa vääränlaisen pysyvyyden mielikuvan – pikemminkin yksilöt toteuttavat positiointeja jatkuvasti erilaisten rooliperformanssien kautta. Identiteetit ovat myös moninaisia, päällekkäisiä ja ristikkäisiä eikä voida väittää, että yksi positio olisi kattava kuvaus yksilön identiteetistä millään annetulla hetkellä. Esimerkiksi *masentunut* on sinänsä yksi positio, mutta se ei missään tapauksessa ole ainoa luonnehdinta tietyistä ongelmista kärsivälle yksilölle saati tämän koko identiteetti. Aineistossani esiintyneitä neuvottelun kohteena olevia identiteetti-positioita olivat esimerkiksi *sairas*, *hullu*, *mielenterveyskuntoutuja* ja *eläkeläinen*. Nämä kaikki liittyvät jollakin tapaa yhteiskunnalliseen asemointiin ja keskusteluun masennuksen määrittelytapoista esimerkiksi tieteessä ja mediassa. Kenties silmiinpistävintä identiteetti-positioissa ja niistä neuvottelussa oli se voimakas stigma, joka niistä välittyi. Aineistoni oli täynnä häpeää ja siitä eroon pyristelyä identiteettineuvottelun keinoin. Erityisesti työkyvyttömyyden ja hulluuden teemat nousivat esiin puheenvuoroissa stigmasta. Näistä jälkimmäinen pohditutti runsaasti siitakin syystä, että hulluus sinänsä ei kuulu masennuksen tieteellisiin tai edes historiallisiin määrittelytapoihin. Itse spekuloin sitä, minkä verran masennuksen luokittelu mielenterveydelliseksi häiriöksi vaikuttaa tähän hulluuden ja poikkeavuuden diskurssiin.

Millaisia ääniä kertomuksissa kuului?

Bahtinilta ja kertomuksen tutkimuksesta lainaamieni äänten ja lausumien käsitteet osoittautuivat tutkimuksen tekemisessä varsin mielenkiintoisiksi. Ne muuttivat aineiston tarkastelutapaa ja antoivat identiteettipolitiikan aiheeseen kokonaan uudenlaisen näkökulman, joka mahdollisti yhteiskunnallisten tasojen löytämisen myös masentuneiden omaelämäkerrallisista tarinoista. Äänten luokittelu itsessään oli vaikeaa; oli helpompaa havaita aineistosta äänten vaihdokset kuin varmuudella nimetä, kenelle tai mille ne kuuluvat.

Psykiatrian ääni nousi aineistosta esiin voimakkaasti. Se oli läsnä miltei kaikissa analysoimissani

kertomuksissa, esimerkiksi niissä tavoissa, joilla kertojat luonnehtivat itseään ja masennustaan. Sairauden ja terveyden dikotomia oli yksi selkeimpiä biolääketieteeseen kuuluvia ilmentymiä aineistossa. Kertojat luonnehtivat ongelmiaan vahvasti psykiatrisen oppikirjallisuuden termein. Psykiatrian ääni kuului myös siinä, miten kertojat tunnistivat tilojaan taannehtivasti tarkastellessaan tiettyjä menneitä elämäntilanteitaan diagnostiikan kehyksissä. Diagnostiikkaa käytettiin myös omaehtoisesti itseluonnehdinnoissa, jotka eivät olleet linjassa hoitavien lääkäreiden näkemysten kanssa. Muiksi psykiatrian äänen ilmentymiksi kertomuksissa tulkitsin arviot masennuksen ja somaattisten oireilujen yhteydestä sekä *uusiutuvan masennuksen* käsitteen, joka toistui erilaisissakin kertomuksissa varsin samankaltaisesti.

Toisena äänenä aineistosta tunnistin psykoanalyysin äänen. Paitsi että psykiatria on aikojen saatossa lainannut paljon käsitteistöstään psykoanalyttisista teksteistä, nousi psykoanalyysi esiin itsessään erityisesti *tukahdutetun sisäänpäin suuntautuneen vihan* teeman kautta. Tämäkin oli merkillepantavan yleinen ja koherentti toistuma aineistossa ja noudatteli melko lailla esimerkiksi Freudin varhaisia psykoanalyttisia tekstejä melankoliasta. Muita psykoanalyttisen äänen ilmentymiä kertomuksissa olivat erilaiset varhaislapsuuden ja hoivan (puutteen) teemat masennuksen syyselityksissä. Sen sijaan kognitiivisen psykologian äänen esiintymät jäivät vähemmälle. Koko aineistosta analysoin vain pari-kolme kognitiivisen psykologian näkemyksiin luettavissa olevaa syyselitystä; enimmäkseen nämä olivat niitä, joissa kertoja luonnehti ”katselleensa maailmaa negatiivin läpi”. Toisaalta kognitiivisen mallin mukaisia menetyksen ja epäonnistumisten kuvauksia aineistosta kyllä löytyi. Kognitiivinen psykoterapia onkin verrattain tuore hoitomuoto, ja voisi olla mielenkiintoista tehdä vastaavanlainen tarkastelu kymmenen vuoden kuluttua, esimerkiksi vertailla eri terapioissa käyneiden näkemyksiä masennuksesta.

Antipsykiatriset näkemykset otin alun perin mukaan vertailukohdaksi ”perinteisille” tieteellisille määrittelytavoille. Olin kuitenkin kiinnostunut myös siitä, löytyisikö aineistosta antipsykiatrista vastapuhetta, ts. antipsykiatrian ääniä. Tähän kysymykseen vastaaminen onkin haasteellisempaa, sillä kertomukset sisälsivät kyllä monenlaista vastapuhetta, mutta on epäselvää, voidaanko sitä luonnehtia antipsykiatriseksi kritiikiksi. Jonkin verran vastapuhetta esiintyi sairausluokitusten suhteen. Esimerkiksi eräs kertoja asemoi itsensä *uupuneeksi, sairaan ja terve*en luokitusten ulkopuolelle. Paljon toimijuutta ilmentävää vastapuhetta ilmeni myös suhteessa hoitoon ja asiantuntijoiden kompetenssiin. Lääkärien ja terapeuttien näkemyksiä arvosteltiin ja hylättiin ja heille kuten myös kanssaihmisille annettiin neuvoja ja ohjeistuksia ”oikeaan suhtautumistapaan” masennusta kohtaan. En tiedä, voiko nämä vastapuheen muodot luokitella antipsykiatrisiksi sinänsä,

mutta jonkinlaista auktoriteettikriittisyyttä ja voimautumista niistä on luettavissa.

Tutkimukseeni valikoin tarkoituksella analysoitavaksi kertomuksista niitä ääniä, jotka keskustelivat esittelemieni masennuksen määrittelytapojen kanssa. Tapani järjestää aineistoa ja valitut äänet eivät todellakaan siis tarkoita, etteikö muitakin ääniä olisi esiintynyt ja myös jäänyt tunnistamatta runsaasti. Erityisesti erilaisia kulttuurisia ja ”maalaisjärjen” ääniä oli vaikeaa nimetä ja paikantaa. Hyvin havainnollistetuksi tuli kuitenkin näkemys siitä, etteivät kertomukset ole yksin kirjoittajansa tuotetta. Kertojansa äänen lisäksi niissä esiintyy ja kamppailee kokonainen armada erilaisia ääniä kuten esimerkiksi opettajien, kaunokirjallisuuden, tieteiden, sotavoimien, vanhempien ja ystävien, populaarikulttuurin, historian sekä kertomusten lukijan ääniä; kaikki se, mitä aiheesta on koskaan sanottu ja tullaan koskaan sanomaan.

Miten identiteettipolitiikka näkyi kertomuksissa?

Yksi tärkeimmistä tutkimustehtävistäni oli tarkastella masennuksen identiteettipolitiikkaa. Kiinnostuin varhaisessa vaiheessa masennuksen yhteiskunnallisista rakenteista ja näiden tasojen merkityksestä masennuksen määrittelytavoille ja siitä toipumiselle. Aineistonvalinta asetti kuitenkin rajoja sille, millä tavalla identiteettipolitiikkaa oli mahdollista lähestyä ja tulkita, sillä henkilökohtaisten kertomusten kautta ei pääse suoraan käsiksi yhteiskunnan tarjoamiin identiteetteihin. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei identiteettipolitiikkaa olisi kertomuksissa esiintynyt.

Vaikeinta identiteettipolitiikan tarkastelussa on se, että se on ilmiönä kaikkialla läsnä olevaa ja samalla näkymätöntä. Havainnollistaakseni tätä hieman totean, että tätäkin tutkimusta on syytä pitää osana identiteettipolitiikkaa, sillä pelkästään tutkimuksen tekeminen mistä tahansa aiheesta on Gergenin mukaan identiteettipoliittista ja ehdottaa tutkittavalle ryhmälle jonkinlaista identiteettiä (Gergen, 1999, 44–45). Tutkiminen voi esimerkiksi konstruoida jonkinlaista avuttoman uhrin kuvaa tutkittavasta kohteesta (jos lähtökohtana pidetään status quota, joka on automaattisesti hyvä). Gergenin mukaan siitä syystä, että tieteilijät tekevät väitteitä totuudesta, heidän sanomisillaan on tapana soluttautua yhteiskuntaan ja muovailta yhteiskunnan käsityksiä siitä, ”miten asiat ovat” (Gergen, 1999, 51). Tätä pidän yhtenä merkittävänä identiteettipoliittisena havaintona tutkimuksessani – oman aineistoni kertojat jäsentävät omia elämäkokemuksiaan (masennustaan) merkittävästi eri tieteiden, ennen kaikkea biolääketieteen ja psykiatrian kielen ja käsitteistön avulla.

Sairauden ja terveyden dikotomia on vahvasti läsnä kertomuksissa, itse asiassa sairauspuhe aineistossani oli yleisempää kuin esimerkiksi psykiatrian oppikirjallisuudessa.

Mikko Saastamoisen mukaan psykologia ja psykokulttuuri liittyvät kulttuuriin, politiikkaan ja vallankäyttöön, koska ne siirtävät katseen yksilöön (Saastamoinen, 2006b, 153). Pääosin aineistoni kertomuksissa keskitytään refleктоimaan masennusta ja sen syntyä nimenomaan yksilön kautta, pohtien lähinnä kertojan omaa persoonallisuutta, omia elämäkokemuksia ja henkilökohtaisia asenteita ja attribuutteja. Ani harvassa kertomuksessa kyseenalaistettiin masennuksen statusta sairautena tai mielenterveyden häiriönä ja vaikka kritiikkiä ja neuvottelua kohdistuikin runsaasti eri hoitajiin ja hoitoihin, laajempaa yhteiskuntakritiikkiä, ”melankolista ylenkatsetta” (Tontti, 2000, 104) tai hoidon tarpeen kyseenalaistusta ei kertomuksissa esiintynyt¹⁷. Toisaalta kertojat kyllä tekivät vahvoja identiteettipoliittisia kannanottoja heitä itseään koskevista luonnehdinnoista.

Tästä pääsemme kysymykseen hyvästä identiteetistä. Useista kertomuksista on luettavissa, että ne on suunnattu masentuneille lukijoille vertaistueksi, sillä ne sisältävät monenlaisia asenteeseen ja käyttäytymiseen liittyviä vinkkejä ja neuvoja. Monet kertojat myös diskursiivisesti pyrkivät lunastamaan tiettyjä hyvinä pitämiään identiteettejä. Synteesinä aineistosta syntyy kuva ”hyvästä masentuneesta”, joka hankkii apua, on avoin erilaisille hoitomuodoille, tekee työtä parantuakseen, pyrkii kuntoutumaan työkykyiseksi tai ainakin tekemään itsestään muutoin ”yhteiskunnalle hyödyllisen”, näyttää tunteensa, purkaa sisäänpäin kääntynyttä vihaansa ja toivuttuaankin on nöyrä ja tiedostaa masennuksen uusiutumisriskin. Näkyvillä kertomuksissa oli myös rooli ”huonona sairastajana, joka ei parane”. Erityisesti työkykyisyys oli suuri identiteettipoliittinen teema aineistossa. Sitä se lienee myös yhteiskunnallisesti, ainakin jos mediateksteistä ja Käypä hoito -suosituksista (ja vastaavista) voi mitään päätellä. Vaikuttaa siltä, että suhteessa vallitsevaan sosiaaliseen ja poliittiseen todellisuuteen on merkittävää tai hyödyllistä saada masentuneet mieltämään tilansa sairauden ja työkyvyttömyyden kehysten kautta. Sairauskäsitys voi kuitenkin kaventaa toimijuutta merkittävästi, sillä vaikka se osaltaan toimii vapauttavana ja ”hulluuden” stigmaa lievittävänä kategoriana, kantaa se kuitenkin puolestaan omia stigmojaan ja ohjaa ajattelemaan asiasta tietyllä varsin hegemonisella tavalla. Aineistossa runsas neuvottelu hoidosta ja esimerkiksi erimielisyydet diagnooseista kertovat osaltaan tietystä lääketieteellisen asiantuntijavallan käytöstä. Myös psykokulttuuri näkyi kertomuksissa.

¹⁷ Päinvastoin eräässä kertomuksessa kertoja osoitti närkästystä siitä, kun lääkäri oli ”hoitoon ohjaamisen” sijasta kehottanut tätä jättämään kuormittavan työnsä. Tämä kuriositeettina varsinaisen analyysin ulkopuolelta.

Mitä tämän kaiken perusteella voimme ilmiöstä sanoa?

Jos nyt vielä lainaan Käypä hoito -suosituksen määritelmää masennuksesta ja sen syistä: ”Toistuvien ja vaikeiden masennustilojen taustalla on usein sekä perinnöllinen alttius että laukaiseva ulkoinen tekijä, kuten kuormittava elämänmuutos, pitkäaikainen psykososiaalisen stressi tai läheisen ihmissuhteen puute. Persoonallisuuden häiriöt, tunne-elämän epävakaisuus, itsetuntovaikeudet, vähäinen koulutus ja matala tulotaso, säännöllinen tupakointi, humalajuominen, krooniset elimelliset sairaudet ja erilaiset mielenterveyden häiriöt liittyvät nekin masennustilojen esiintymiseen. [...] Masentunut kärsii perusteettomista ja kohtuuttomista itsesyytöksistä, ja hänellä on toistuvia kuolemaan tai itsemurhaan liittyviä ajatuksia.” (Aho ym., 2009) Kyseinen lausunto sisältää melkoisen yhteenvedon eri tieteenalojen näkemyksiä ja teorioita masennuksen syistä pääsemättä silti juurikaan lopulta yksimielisyyteen siitä, mistä on kyse. Samaa ”sillisalaattia” oli nähtävillä myös aineistossani, mistä pääsen seuraavaan johtopäätökseeni: **masennus on mysteeri**. Se on olemassa oleva ilmiö, joka aiheuttaa paljon inhimillistä kärsimystä ja häpeää. Silti kenelläkään ei arjessa sen paremmin kuin tieteessäkään ole lopullista totuutta siitä, missä ovat masennuksen syyt tai mikä saa aikaan sen, että jotkut toipuvat ja toiset eivät, vaikka premissit olisivat samat ja hoitomuodot ainakin teoriassa samat.

Voidaan myös sanoa, ettei ole merkityksetöntä, millä tavalla masennuksesta puhutaan. Kaikki määrittelyt pitävät sisällään laajempia merkityksiä ja sosiaalisia todellisuuksia, jotka eivät koskaan ole ongelmattomia tai varsinkaan neutraaleja. Sosiaalipsykologisesti keskustelut diskursiivisesta vallankäytöstä ovat merkittäviä ja voivat hyvinkin muuttaa maailmaa.

11 Pohdintaa

Reflektoin vielä hieman tutkimuksen tekemisessä kohtaamiani erityisiä vaikeuksia. Huomasin varsin varhaisessa vaiheessa jo ideointiprosessin aikana paitsi arjen myös tieteen käyttösanastojen saturoituneisuuden. Tutkimukseni tavoite oli esitellä erilaisia masennuksen tieteellisiä määrittelytapoja asemoimatta kuitenkaan itseäni tutkijana varsinaisesti minkään määrittelytavan taakse. Huomasin kuitenkin itse käyttäväni toistuvasti käsitteitä kuten *sairaus* ja *masennukseen sairastuneet* siitäkin huolimatta, etten sairauskäsityksiä tai -luokituksia sinänsä allekirjoita. Syyksi totesin paitsi tottumuksen (näitä käsitteitähän esimerkiksi mediatekstit laajalti käyttävät) myös jonkinlaisen sisäsyntyisen vaatimuksen ”poliittisesta korrektiudesta”, halun muotoilla sanani

mahdollisimman kohteliaasti ja tieteellisesti. Tästä tässä tutkimuksessa on monella tapaa myös kyse – kieli muuttuu käyttäjälleen huomaamattomaksi ja neutraaliksi, vaikka sanavalinnat samalla rakentavat ja ylläpitävät tietynlaisia käsityksiä ilmiöistä itsestään. Tutkimustekstiä kirjoittaessani olen pyrkinyt tietoisesti välttämään latautunutta käyttösanastoa, joskaan sairaustermien sijasta käyttämäni käsitteet kuten ”masennuksesta kärsivät” ja ”ongelma” eivät ole neutraaleja nekään. Viatonta diskurssia ei yksinkertaisesti ole olemassa.

Kuten analyysistä käy ilmi, törmäsin aineistoa tarkastellessani toistuvasti siihen, että taustatietoni kertomusten keräystavasta olivat puutteelliset. Alun perin en kuvitellut tätä kovinkaan merkittäväksi tekijäksi analyysissä, mutta jos olisin tiennyt, paljonko kysymyksiä jää puutteellisten tietojen vuoksi ilmaan, olisin varmaankin pyrkinyt ennen analyysin aloittamista ottamaan yhteyttä kirjan toimittajaan/kustantajaan ja taustoittamaan kertomusten keruuprosessia. Nyt sille ei jäänyt aikaa. Valmiin aineiston totesin silti hyväksi valinnaksi. Toinen puute, jonka joudun myöntämään, on aineiston ja analyysiprosessin puutteellinen esittely lukijalle formaalissa, kvantifioidussa muodossa. Aloittaessani aineistonkeruuta olin liian innoissani tulkinnoista enkä liiemmin kiinnittänyt huomiota siihen, että olisin esimerkiksi kirjannut ylös aineistokatkelmien yhteyteen mistä kertomuksesta ne ovat peräisin tai millä tavalla katkelmia on tyypitelty ja kategorioita yhdistelty. Jälkeenpäin tämä kaduttaa, sillä esimerkiksi jonkinlaisen taulukon koostaminen analyysin vaiheista tutkielman liitteeksi olisi ehdottomasti ollut parempaa tiedettä ja havainnollistanut lukijalle, että tietyt teemat todella ovat toistuvia kertomuksesta toiseen. Katkelmien jäljittäminen jälkikäteen olisi kuitenkin ollut niin työlästä, etten yksinkertaisesti enää ehtinyt taulukkoa muodostamaan. Pyrin korvaamaan tätä puutetta kuvailemalla analyysiprosessia luvussa 7.2.

Kaikki tiede, ehkä sosiaalitiede erityisesti, koostuu jatkuvasta valintojen tekemisestä. Toiset asiat huomioidaan tutkimusta tehdessä ja toiset jäävät väistämättä huomiotta. Valintaprosessi ei ole välttämättä tasapuolinen eikä se varsinkaan ole aina tiedostettu; tutkijan intressit ja hänen käyttämänsä teoria ohjaavat myös tutkijan mielenkiinnon kohdistumista. Analysoimani teemat eivät missään tapauksessa ole ainoita, joita aineistoa tarkastellessa voi kohdata. Ne ovat minun esiinnostamiani, omasta mielestäni tutkimuksen aiheen kannalta relevantteja teemoja. Olen myös käyttänyt tutkijan valtaa luokitellessani aineistoa teemoihin ja antamalla teorian ohjata sitä, millaisia teemoja aineistosta esiin nostin. Tästä syystä olen myös tietoisesti pyrkinyt välttämään etäännyttä ja kenties hieman epäkonventionaalilla tavalla pitänyt itseni tutkijana mukana tekstissä, esimerkiksi maininnut ”kiinnittäneeni huomiota” tai ”tulkitsevani” tai ylipäänsä käyttänyt

persoonapronomineja geneerisen ja hahmottoman passiivin sijasta - koska loppujen lopuksi siitä tässä tutkimuksessa on kysymys: minun havainnoistani, minun huomioistani ja minun tulkinnoistani, jotka toki ovat koko lailla länsimaisen kulttuurin, sosiaalitieteellisen koulutuksen ja ajattelutavan saturoimia. Toisaalta päädyin järjestelmällisesti käyttämään analysoimieni tekstien lähteistä sanaa *kertoja* esimerkiksi *kirjoittajan* sijaan siksi, etten halunnut viestittää lukijalle, että tutkimukseni kohteena olisivat kertomuksia lähettäneet yksilöt tai näiden ajatukset.

Parinkymmenen vuoden aikana suomalaisessa yhteiskunnassa on koettu suuria muutoksia masennuksen tutkimuksessa, yleisyyslukemissa ja hoitotavoissa. Uskon, että lisää muutoksia on tulossa – yksi viime aikojen selkeimmistä on ollut *Masennus sattuu* -mainoksen ilmestyminen televisioon (kanavista olen bongannut sen ainakin Nelosella ja sen alikanavalla Livillä). Kyseinen pätkä mainostaa verkkosivustoa <http://www.masennussattuu.fi>, joka tarkemmalla tarkastelulla osoittautui globaalin lääkeyrityksen Eli Lilly & Companyn ylläpitämäksi ”infosivustoksi” masennuksesta. Sivusto sisältää osioita kuten ”tietoa masennuksesta” ja ”depression hoito”, jotka puolestaan sisältävät pääasiassa Käypä hoito -suosituksista lainattua tekstiä. Sivusto sisältää myös linkin Mielenterveyden keskusliiton sivuille. Eli Lilly & Companyn osuus sisällössä ei ole ilmeinen – sivusto ei esimerkiksi sisällä suoranaisia lääkemainoksia, mutta sen sisältämät tekstit ja kuvahavainnollistukset koskien masennuksen syitä ja syntytapoja keskittyvät voimakkaasti perimän ja aivokemiallisten tekijöiden ympärille. Pidän sivustoa ja sen mainontaa kaikessa ympäröivänsä mielenkiintoisina mutta myös arveluttavina ilmiöinä. Nähtäväksi jää, yleistyykö vastaava amerikkalaistyylinen masennuslääkkeiden mainonta ”suoraan kuluttajille” jatkossa myös Suomessa.

Ehdotuksia tulevaan tutkimukseen

Vielä lopuksi haluan omistaa muutaman ajatuksen niille aiheille, joita tämä tutkimus ei käsitellyt, mutta joita aineistosta nousi esiin ja jotka voisivat olla itsessään mielenkiintoisia tutkimuskohteita.

Aineistona käyttämäni kirja oli tutkimuksen tekovaiheessa verrattain tuore, vuodelta 2009. Kuitenkin useasta kertomuksesta käy ilmi, että tapahtumat ovat ajallisesti vanhoja ja vanhimmat kertomukset käsittelevät jopa 80-luvun tapahtumia. Jäin myös siihen käsitykseen, että kertomukset on kerätty huomattavasti kirjan julkaisua aikaisemmin; useammassakin tarinassa eletään lopuksi ”nykyhetkeä” vuodessa 2003. Koska masennusdiagnoosien määrä on kasvanut hurjasti viimeisessä 20 vuodessa ja yleisyys mediassakin on toista kuin joskus 90-luvun alussa, voisi kertomusten

vertaileva tarkastelu eri ajankohdilta tuoda mielenkiintoisia tuloksia. Omassa aineistossani kiinnostavan kierteen tarinoiden ajankohtiin tuo ainakin 1990-luvun alun lama ja siitä seurannut työttömyys, joka nousi esiin tarinoista jonkin verran.

Omassa tutkimuksessani keskitytään paljolti aprikoimaan sairauden määritelmiä ja merkityksiä. Oma näkökulmansa aihepiiriin voisi kuitenkin olla sairauden sijaan *terveyden* tarkastelu; semminkin kun maallikon silmiin vaikuttaa siltä, että terveydestä ja hyvinvoinnista on viime vuosikymmeninä syntynyt kokonaan oma erityinen diskurssinsa. Media ja ihmiset ovat mitä kiinnostuneimpia terveyteen, terveellisiin elämäntapoihin ja terveelliseen ruokavalioon liittyvistä aiheista. Terveys ei tunnu olevan pelkästään sairauden puuttumista vaan jonkinlainen kokonaisvaltaisempi elämäntapa. Millaisia implikaatioita sairaudesta tämä terveyspuhe pitää sisällään? Onko terveydestä tullut jonkinlainen hyve, jota hyvät ihmiset havittelevat? Millaisia konnotaatioita ja syyselityksiä sairaudelle tai masennukselle tällainen ajattelutapa ohjaa antamaan?

Harkitsin jossakin vaiheessa myös semioottista lähestymistapaa aineistooni. Tein jonkin verran havaintoja aineistossa esiintyvistä ilmauksista, joiden koin olevan erityisen mielenkiintoisia semioottisesti, mutta jätin ne kuitenkin varsinaisen analyysin ulkopuolelle. Havaintojeni pohjalta voin kuitenkin arvioida, että myös tämän aineiston semioottinen tarkastelu voisi olla mielenkiintoista ja tuoda osaltaan uutta valoa tutkimukseen masennuksen määrittelytavoista ja fenomenologiasta.

Tässä tutkimuksessa tarkastelen ihmisten omakohtaisia kertomuksia masennuksestaan. Ne ovat monella tapaa arkisia, mutta eivät sinänsä kuulu arkipuheen piiriin. Arkipuhe masennuksesta olikin yksi alkuperäisistä kiinnostuksen kohteistani kun aihettani hahmottelin. Aineiston hankinta teemasta olisi hankalaa mutta tulokset taatusti kiinnostavia. Toinen vaihtoehto lähestymistavalle ja tutkimusaineistolle olivat erilaiset mediatekstit masennuksesta, mutta voidakseen sanoa median diskursseista juuri mitään aineiston olisi pitänyt olla kohtuuttoman mittava tämänkokoiselle tutkimukselle. Harmi.

11.1 Lopuksi

Tieteessä ja etenkin sosiaalitieteessä pidetään tärkeänä osana hyviä tutkimustapoja sitä, että tutkija tuo avoimesti esiin oman positionsa tutkimaansa aiheeseen. Koska aihe on jo arkaluonteiseksi, yksityiseksi ja myös poliittiseksi todettu, tähän saa riittävä toteamus siitä, että olen, kuten varmasti

valtaosa muistakin suomalaisista ja/tai länsimaalaisista, seurannut elinpiirissäni masennusta läheltä ja vähän kauempaakin. Kiinnostukseni aiheeseen tutkimuskohteena on kummunnut paitsi kiinnostuksesta identiteettineuvotteluun yleisemmin myös joistakin omista arkielämän havainnoistani masennukseen ja sen määrittelyihin liittyen. Tutkijana pyrin olemaan ottamatta kantaa esittelemäni tieteellisiin määrittelytapoihin. Henkilökohtaisella tasolla en tietenkään voi välttyä mielipiteeltä asian suhteen. En voi varsinaisesti sanoa edustavani mitään esittelemistäni koulukunnista, mutta tarkoitukseni oli kyllä avoimesti problematisoida masennuksen asemointia ja luokittelua erityisesti tieteen sisällä ja myös suhteessa arkielämään. En ota kantaa masennuksen statukseen sairautena, mutta pidän avoimesti ongelmallisena erityisesti lääkehoitoa ongelmaan, jonka premissit ovat hämärän peitossa ja jonka määrittelyistä ja diagnostiikasta ei ole saavutettu sadassakaan vuodessa uskottavaa konsensusta. Lähihistoriasta löytyy riittämiin ilmiöitä, joita on masennuksen tavoin kohdeltu sairauksina ja hoidettu lääkkeellisesti/sähköshokein, mitä nykyään pidettäisiin pöyristyttävänä. Kaikkiaan voin sanoa saavuttaneeni tutkimukselle asettamani tavoitteet.

Kukaan sosiaalitieteilijä, varsinkaan sosiaalista konstruktionismia edustava, tuskin väittää pyrkivänsä tai kykenevänsä *objektiiviseen tutkimukseen*, vaikka siihen usein tieteen ihanteena viitataan. Näin en tee myöskään minä; pikemminkin uskon, että kaikki tutkimus saa premissinsä subjektiivisista asioista, jotka ohjaavat paitsi aiheen ja metodien valintaa myös aiheesta tehtyjä tulkintoja. Pilgrimiä ja Bentallia lainatakseni myös teoriat ja metodit ovat sosiaalisten voimien muokkaamia ja mielenkiintoihin perustuvia (Pilgrim & Bentall, 1999, 262). Tuskin on tutkimuskohdetta tai tieteenalaa, joka jäisi näiden subjektiivisten pyrkimysten ulkopuolelle. Asia on silti syytä tiedostaa ja jopa ääneen mainita: meillä kaikilla, niin esittelemilläni teoreetikoilla kuin minullakin, on omat sokeat pisteemme tutkimusaiheiden käsittelyssä. Sokeiden pisteiden olemukseen kuuluu se, ettei niitä kykene näkemään saati tarkemmin erittelemään. Valmiin aineiston voidaan kenties katsoa jossakin määrin vähentävän tutkijan pyrkimysten vaikutusta kokonaisuudessaan. Tiedostan kuitenkin hyvin, etten tutkijana pääse millään tapaa asettautumaan tutkimani todellisuuden ”ulkopuolelle”.

Tutkimus syntyy harvoin yksin. Haluan kiittää avusta aineistoni masennuskertomukset kerännyttä ja toimittanutta Merja Urponen-Tuukkasta, edesmenneen sosiaalitutkimuksen laitoksen henkilökuntaa, Matti Hyväristä, Lauri Parkkista sekä kaikkia niitä muita, jotka ovat jakaneet kanssani aiheesta näkemyksiä ja kirjallisuutta.

Lähdeluettelo

Andersson, Claes (2003) *Hulluudestamme ja hulluudestanne*. Kirjapaja, Helsinki.

Bahtin, Mihail (1986) *Speech genres and other late essays*. Toimittaneet Emerson, Caryl & Holquist, Michael. Kääntänyt Vern McGee. University of Texas Press, Austin.

Beck, Aaron T. (1967) *Depression. Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

Bowlby, John (1961) Childhood mourning and its implications for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 118, 67–93.

Davies, Bronwyn & Harré, Rom (1990). Positioning: The Discursive Production of Selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20 (1): 43–63.

Brown, G.W. & Harris, T. (1978) *Social Origins of Depression*. Free Press, New York.

DiGiuseppe, Raymond & Tafrate, Raymond Chip (2007) *Understanding anger disorders*. Oxford University Press, New York.

Ehrenberg, Alain (2010) *The weariness of the self. Diagnosing the history of depression in the contemporary age*. McGill-Queen's University Press, Montreal. Engl. kääntäneet Enrico Caouette, Jacob Homel, David Homel & Don Winkler. Alkuperäinen teos *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, 1998.

Erikson, Erik H. (1968) *Identity. Youth and crisis*. Norton, New York.

Eskola, Antti (1985) *Persoonallisuustyypeistä elämäntapaan. Persoonallisuuden tutkimuksen metodologisia opetuksia*. WSOY, Helsinki.

Foucault, Michel (1998) *The History of Sexuality. Vol.1: The Will to Knowledge*. Penguin, London.

Foucault, Michel (1988) *Madness and civilization. A history of insanity in the age of reason*. Engl. kääntänyt Richard Howard. Vintage books, New York. Ranskankielinen alkuteos *Histoire de la folie à l'âge classique*, 1961.

- Foucault, Michel** (1980) Tarkkailla ja rangaista. Suom. Eevi Nivanka. Otava, Keuruu. Ranskankielinen alkuteos 1975.
- Frank, Arthur W.** (1995) The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics. The University of Chicago Press, Chicago.
- Freud, Sigmund** (1993) Johdatus narsismiin ja muita esseitä. Suomentanut Mirja Rutanen, valikoineet Ilpo Helén ja Mirja Rutanen. Love kirjat, Helsinki.
- Freud, Sigmund** (1995/1917) Mourning and Melancholia. Teoksessa Gay, Peter (toim.) The Freud Reader. W.W. Norton, New York, 584–589. Alkuperäinen teksti Trauer und Melancholie.
- Gergen, Kenneth J.** (1999) Invitation to Social Construction. Sage Publications, London.
- Goffman, Erving** (1990/1963) Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity. Penguin, London.
- Gullestad, Siri Erika** (2003) One depression or many? The Scandinavian Psychoanalytical Review, 26, 123–130.
- Hall, Stuart** (2002) Identiteetti. Suom. Mikko Lehtonen & Juha Herkman. Vastapaino, Tampere.
- Hardwick, Neil** (1999) Hullun lailla. Suom. Juhani Lindholm. Otava, Helsinki.
- Harré, Rom** (1983) Personal being. Basil Blackwell, Oxford.
- Hägglund, Stig** (2009) Vietti kohtalona. Teoksessa Juutilainen, Minna & Takalo, Ari (toim.) Freudin jalanjäljillä. Nord Print, Helsinki, 47–62.
- Hänninen, Vilma** (2004) Miten masennus muuttaa ihmistä? Teoksessa Hänninen, Vilma & Ylijoki, Oili-Helena (toim.) Muuttuuko ihminen? Tampereen yliopistopaino, Tampere, 277–306.
- Ikonen, Pentti & Rechartt, Eero** (1994) Thanatos, häpeä ja muita tutkielmia. Toinen muuttamaton painos 1995. Yliopistopaino, Helsinki.
- Isometsä, Erkki** (2007) Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Heikkinen, Martti & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partanen, Timo (toim.) Psykiatria. Duodecim, Helsinki, 157–195.
- Itäpuisto, Maritta** (2006) Kun välittäminen on sairautta. Teoksessa Rautio, Pertti & Saastamoinen, Mikko (toim.) Minuus ja identiteetti. Tampereen yliopistopaino, Tampere, 123–137.

- Karila, Irma** (2008) Masennushäiriöt. Teoksessa Kähkönen, Seppo & Karila, Irma & Holmberg, Nils (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. 3. uudistettu painos. Duodecim, Helsinki, 71–96.
- Karp, David A.** (1994) Living With Depression. Illness and Identity Turning Points. *Qualitative Health Research*, Vol. 4:1, 6–30.
- Labov, William & Waletzky, Joshua** (1967/1997). Narrative Analysis: Oral Versions of Personal Experience. *Journal of Narrative and Life History* 7: 3–38.
- Laing, R.D.** (1971) Pirstoutunut minuus. Weilin + Göös, Espoo. Suom. Erkki Puranen. Englanninkielinen alkuteos *The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness*, 1960.
- Lehtonen, Johannes & Lönnqvist, Jouko** (2007a) Psykiatria. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Heikkinen, Martti & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partanen, Timo (toim.) Psykiatria. Duodecim, Helsinki, 14–25.
- Lehtonen, Johannes & Lönnqvist, Jouko** (2007b) Mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Heikkinen, Martti & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partanen, Timo (toim.) Psykiatria. Duodecim, Helsinki, 26–32.
- Leventhal, Allan M. & Martell, Christopher R.** (2006) *The Myth of Depression as Disease. Limitations and alternatives to drug treatment.* Praeger, Westport.
- Liebkind, Karmela** (1998) Etnisten ryhmien identiteettineuvottelut. Teoksessa Lahikainen Anja-Riitta & Pirttilä-Backman Anna-Maija (toim.) *Sosiaalinen vuorovaikutus: Rauni Myllyniemen juhla*kirja, Otava, Helsinki.
- Lönnqvist, Jouko** (2007) Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Heikkinen, Martti & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partanen, Timo (toim.) Psykiatria. Duodecim, Helsinki, 47–71.
- Mäkelä, Maria** (2009) Välttämättömyyden kehä ja muita kerrotun mielen oireita. Kirjallisen tajunnankuvauksen haasteet kognitiiviselle narratologialle. Teoksessa Hägg, Samuli & Lehtimäki, Markku & Steinby, Liisa (toim.) *Näkökulmia kertomuksen tutkimukseen.* Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Nikunen, Kaarina** (2005) Faniuden aika. Kolme tapausta TV-ohjelmien faniudesta vuosituhatteen taitteen Suomessa. Tampereen yliopistopaino, Tampere.

- Pilgrim, David & Bentall, Richard** (1999) The medicalisation of misery. A critical realist analysis of the concept of depression. *Journal of Mental Health*, 8(3), 261–274.
- Pykkänen, Kari** (2009) Mielenterveyden markkinoilla. Teoksessa Juutilainen, Minna & Takalo, Ari (toim.) Freudin jalanjäljillä. Nord Print, Helsinki, 113–130.
- Pykkänen, Kari** (2007) Psykiatrian hoitojärjestelmät. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Heikkinen, Martti & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partanen, Timo (toim.) Psykiatria. Duodecim, Helsinki, 811–844.
- Pöysä, Jyrki** (2009) Positiointiteoria ja positiointianalyysi. Teoksessa Hägg, Samuli & Lehtimäki, Markku & Steinby, Liisa (toim.) Näkökulmia kertomuksen tutkimukseen. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.
- Rautio, Pertti** (2006) Historiallista johdattelua minä- ja identiteettitutkimukseen. Teoksessa Rautio, Pertti & Saastamoinen Kimmo (toim.) Minuus ja identiteetti. Tampereen yliopistopaino, Tampere, 11–22.
- Rose, Nikolas** (1990) Governing the soul. The shaping of the private self. Routledge, London.
- Roudinesco, Elizabeth** (2000) Miksi psykoanalyysia yhä tarvitaan? Suomentanut Kaisa Sivenius. Gaudeamus, Helsinki. Alkuperäinen teos Pourquoi la psychanalyse?, 1999.
- Saastamoinen, Mikko** (2006a) Minuus ja identiteetti tutkimuksen haasteina. Teoksessa Rautio, Pertti & Saastamoinen, Mikko (toim.) Minuus ja identiteetti. Tampereen yliopistopaino, Tampere, 170–180.
- Saastamoinen, Mikko** (2006b) Yksilö, riskitietoisuus ja psykokulttuuri. Teoksessa Rautio, Pertti & Saastamoinen, Mikko (toim.) Minuus ja identiteetti. Tampereen yliopistopaino, Tampere, 138–169.
- Savolainen, Heidi & Sillanpää, Helena** (1999) Masentuneiden ihmisten kuvaus masennuksesta ja kuntoutumisesta. Stakes, Helsinki.
- Swann, William B. Jr.** (1987) Identity Negotiation: Where Two Roads Meet. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 53(6), s. 1038-1051.
- Szasz, Thomas** (2007) Coercion as cure. A critical history of psychiatry. Transaction publishers, New Brunswick, New Jersey.

Szasz, Thomas (1961) The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct. Hoeber-Harper, New York.

Tammi, Pekka (2009) Kertomusta vastaan (“Ikävä tarina”). Teoksessa Hägg, Samuli & Lehtimäki, Markku & Steinby, Liisa (toim.) Näkökulmia kertomuksen tutkimukseen. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.

Tamminen, Tapani (päätoimittaja) & **Rechartt, Merja & Pylkkänen, Kari & Saarinen, Päivi & Taajamaa, Bruno** (2010) Psykoterapiat. Recallmed, Klaukkala.

Tontti, Jukka (2000) Masennuksen arkea. Selityksiä surusta ilman syytä. Edita, Helsinki.

Tontti, Jukka (2008) Monimielinen masennus. Arjen reseptejä elämäntaudin hoitoon. Vastapaino, Tampere.

Tuomainen, Raimo & Myllykangas, Markku & Elo, Jyrki & Ryyänen, Olli-Pekka (1999) Medikalisaatio – aikamme sairaus. Vastapaino, Tampere.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.

Valkonen, Jukka (2007) Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Yliopistopaino, Helsinki.

Weber, Max (1990) Protestanttinen etiikka ja kapitalismin henki. Suom. Timo Kyntäjä. WSOY, Helsinki. Saksankielinen alkuteos Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus, 1904.

Wertsch, James V. (1993) Voices of the Mind. A Sociocultural Approach to Mediated Action. Harvard University Press, Cambridge.

DIGITAALISET LÄHTEET

Aalberg, Veikko (2009) Psykodynaamiset yksilöpsykoterapiat. Kustannus Duodecim.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00103 Viitattu 14.3.2011.

Aho, Tellervo & Isometsä, Erkki & Mattila, Mikko & Jousilahti, Pekka & Tala, Tiina (2009) Masennus (depressio). Käyvän hoidon potilasversiot. Kustannus Duodecim.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu/naytaartikkeli/tunnus/khp00044> Viitattu 7.7.2011.

Luhtasaari, Sinikka (2010) Masennus. Kustannus Duodecim.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=103&p_teos=ama Viitattu 9.12.2010.

Kela: Viisi nuorta jää eläkkeelle joka päivä mielenterveyshäiriöiden takia. Helsingin Sanomat [verkkolehti]. 28.3.2011.

<http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/Kela+Viisi+nuorta+jää+eläkkeelle+joka+päivä+mielenterveyshäiriöiden+takia/1135264978877> Viitattu 5.7.2011.

Masennus on hoidettavissa. [verkkosivusto]. Eli Lilly Finland Oy.

<http://www.masennussattuu.fi/> Viitattu 12.7.2011.

Mielenterveyden keskusliiton liittovaltuusto: Nuorten pakkolääkitys psykoterapian ehtona lainvastainen. [verkkosivusto] Mielenterveyden keskusliitto.

<http://www.mtkl.fi/tiedotteet/?x752338=752341> Viitattu 20.10.2011.

Psykoterapiaan pääsee yhä useampi. Helsingin Sanomat [verkkolehti]. 22.3.2011.

<http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/Psykoterapiaan+p%C3%A4%C3%A4see+yh%C3%A4+useampi/1135264801492> Viitattu 20.10.2011.

Puolet masentuneista ei hiisku asiasta työpaikalla. Savon Sanomat [verkkolehti]. 26.11.2010.

<http://www.savonsanomat.fi/uutiset/kotimaa/puolet-masentuneista-ei-hiisku-asiasta-tyopaikalla/621748> Viitattu 6.7.2011.

PAINAMATTOMAT LÄHTEET

Huumonen, Soile (2009) Masennuksen itseymmärrys: masennuskertomuksen rakenne ja sisältö. Pro gradu -tutkielma. Sosiaalipolitiikka. Helsingin yliopisto: Helsinki.

Kallasaari, Elina (2009) Faniuden positiot. Identiteettineuvottelu suomalaisessa animefaniudessa. Kandidaatintutkielma. Sosiaalipsykologia. Tampereen yliopisto: Tampere.